RAPPORT ANNUEL
2013-2014

SUR L'APPLICATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES ET L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES

UNE INSPIRATION. DE L'INNOVATION.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie
Québec

RAPPORT ANNUEL
2013-2014

SUR L'APPLICATION DE LA PROCÉDURE
D'EXAMEN DES PLAINTES ET L'AMÉLIORATION
DE LA QUALITÉ DES SERVICES

ADOPTÉ PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION
DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE
LE 15 SEPTEMBRE 2014

L'usager
AU COEUR
DE SES DROITS

UNE INSPIRATION. DE L'INNOVATION.

Agence de la santé
et des services sociaux
de l'Estrie
Québec

Production

Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

300, rue King Est, bureau 300
Sherbrooke (Québec) J1G 1B1
Téléphone : 819 566-7861
Télécopieur : 819 569-8894

Coordination et rédaction

Denis Beaulieu, commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services

Conception, relecture et graphisme

Service de la performance, de la qualité et des communications

Droit d'auteur © Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014
ISBN 978-2-924287-35-4 (version imprimée)
ISBN 978-2-924287-36-1 (version PDF)

Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition de mentionner la source.

Pour obtenir copie de ce document, vous pouvez communiquer avec le Service de la performance, de la qualité et des communications de la Direction de la performance, de la qualité, des communications et des ressources humaines, au numéro suivant : 819 829-3400, poste 42548. Ce document est également disponible sur le site Internet de l'Agence, à l'adresse suivante : www.santeestrie.qc.ca

Table
DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES V
LISTE DES GRAPHIQUES VII
LISTE DES TABLEAUX IX
INTRODUCTION I

CHAPITRE 1 RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES
1.1 Rôle du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services 5
1.2 Processus de traitement des dossiers 9
1.3 Mandat du Comité de vigilance et de la qualité 10

CHAPITRE 2 FAITS SAILLANTS
2.1 Évolution des dossiers 2011-2014 13
2.2 Traitement des dossiers 2013-2014 14

CHAPITRE 3 RÉSULTATS POUR L'ESTRIE
3.1 Évolution des dossiers 2011-2014 19

CHAPITRE 4 RAPPORT D'ACTIVITÉS – COMMISSAIRE RÉGIONAL
4.1 Évolution des dossiers 2011-2014 25
4.2 Traitement des dossiers 2013-2014 28
4.3 Répartition des dossiers selon l'instance 30
4.4 Plaintes et interventions – vue d'ensemble 32
4.5 Autres activités du commissaire régional 37

CHAPITRE 5 RAPPORT D'ACTIVITÉS – COMMISSAIRES LOCAUX
5.1 Évolution des dossiers 2011-2014 43
5.2 Traitement des dossiers 2013-2014 45
5.3 Plaintes et interventions – vue d'ensemble 47
5.4 Autres activités des commissaires locaux 52

CHAPITRE 6 RAPPORT D'ACTIVITÉS – MÉDECINS EXAMINATEURS
6.1 Évolution des dossiers 2011-2014 57
6.2 Traitement des dossiers 2013-2014 59
6.3 Dossiers de plainte 60

CHAPITRE 7 DROITS DES USAGERS – COLLABORATIONS ESSENTIELLES

7.1 Collaboration et partenariat 67

CHAPITRE 8 RECOMMANDATIONS À CARACTÈRE SYSTÉMIQUE

8.1 Processus de suivi des recommandations 73

8.2 Bilan du niveau de réalisation des recommandations 73

CONCLUSION **81**

ANNEXES

Annexe 1 - Mesures d'amélioration selon la catégorie d'instance et les motifs d'insatisfaction 85

Annexe 2 - Établissements de l'Estrie et commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services 91

Liste

DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES

C. A.	CONSEIL D'ADMINISTRATION
CCSE	CENTRE DE COMMUNICATION SANTÉ ESTRIE
CHSLD	CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE
CHUS	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE
CL	COMMISSAIRE LOCAL OU COMMISSAIRES LOCAUX AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES
CMDP	CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS
CR	COMMISSAIRE RÉGIONAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES
CSSS	CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
CSSS-IUGS	CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX – INSTITUT UNIVERSITAIRE DE GÉRIATRIE DE SHERBROOKE
GMF	GROUPE DE MÉDECINE DE FAMILLE
ME	MÉDECIN EXAMINATEUR
MRC	MUNICIPALITÉ RÉGIONALE DE COMTÉ
PR	PREMIER RÉPONDANT
PRO-DEF ESTRIE	PROMOTION ET DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE – ESTRIE
PSOC	PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES
RLS	RÉSEAU LOCAL DE SERVICES
RPA	RÉSIDENCE PRIVÉE POUR AÎNÉS
RTJP	RESSOURCE D'HÉBERGEMENT EN TOXICOMANIE OU EN JEU PATHOLOGIQUE
SPU	SERVICE PRÉHOSPITALIER D'URGENCE
TAP	TECHNICIENNE AMBULANCIÈRE PARAMÉDICALE OU TECHNICIEN AMBULANCIER PARAMÉDICAL

Liste

DES GRAPHIQUES

GRAPHIQUE 1	ÉVOLUTION DES DOSSIERS DE PLAINTE ET D'INTERVENTION OUVERTS (ESTRIE)	19
GRAPHIQUE 2	ÉVOLUTION DES MOTIFS D'INSATISFACTION (ESTRIE)	20
GRAPHIQUE 3	ÉVOLUTION DES MESURES CORRECTIVES (ESTRIE)	21
GRAPHIQUE 4	ÉVOLUTION DES DOSSIERS DE PLAINTE ET D'INTERVENTION OUVERTS (CR)	25
GRAPHIQUE 5	ÉVOLUTION DES MOTIFS D'INSATISFACTION (CR)	26
GRAPHIQUE 6	ÉVOLUTION DES MESURES CORRECTIVES (CR)	27
GRAPHIQUE 7	DOSSIERS OUVERTS SELON L'INSTANCE (CR) 2013-2014	31
GRAPHIQUE 8	ÉVOLUTION DES DOSSIERS DE PLAINTE ET D'INTERVENTION OUVERTS (CL)	43
GRAPHIQUE 9	ÉVOLUTION DES MOTIFS D'INSATISFACTION (CL)	44
GRAPHIQUE 10	ÉVOLUTION DES MESURES CORRECTIVES (CL)	45
GRAPHIQUE 11	ÉVOLUTION DES DOSSIERS DE PLAINTE OUVERTS (ME)	57
GRAPHIQUE 12	ÉVOLUTION DES MOTIFS D'INSATISFACTION (ME)	58
GRAPHIQUE 13	ÉVOLUTION DES MESURES CORRECTIVES (ME)	59

Liste DES TABLEAUX

TABLEAU 1	TRAITEMENT DES DOSSIERS DE PLAINTE ET D'INTERVENTION (CR)	29
TABLEAU 2	DOSSIERS DE PLAINTE ET D'INTERVENTION SELON LES CATÉGORIES DE MOTIFS (CR)	33
TABLEAU 3	MOTIFS CONCLUS SELON LES CATÉGORIES ET LE NIVEAU DE TRAITEMENT (CR)	34
TABLEAU 4	TYPES DE MESURES CORRECTIVES SELON LES CATÉGORIES DE MOTIFS (CR)	35
TABLEAU 5	MESURES CORRECTIVES SELON L'INSTANCE	37
TABLEAU 6	SOMMAIRE DES AUTRES ACTIVITÉS (CR)	38
TABLEAU 7	TRAITEMENT DES DOSSIERS DE PLAINTE ET D'INTERVENTION (CL)	46
TABLEAU 8	DOSSIERS DE PLAINTE ET D'INTERVENTION SELON LES CATÉGORIES DE MOTIFS (CL)	48
TABLEAU 9	MOTIFS CONCLUS SELON LES CATÉGORIES ET LE NIVEAU DE TRAITEMENT (CL)	49
TABLEAU 10	TYPES DE MESURES CORRECTIVES SELON LES CATÉGORIES DE MOTIFS (CL)	50
TABLEAU 11	CATÉGORIES DE MOTIFS DES DOSSIERS CONCLUS TRANSMIS AU DEUXIÈME PALIER (CL)	51
TABLEAU 12	SOMMAIRE DES AUTRES ACTIVITÉS (CL)	53
TABLEAU 13	TRAITEMENT DES DOSSIERS DE PLAINTE (ME)	60
TABLEAU 14	DOSSIERS DE PLAINTE SELON LES CATÉGORIES DE MOTIFS (ME)	61
TABLEAU 15	MOTIFS CONCLUS SELON LES CATÉGORIES ET LE NIVEAU DE TRAITEMENT (ME)	62
TABLEAU 16	TYPES DE MESURES CORRECTIVES SELON LES CATÉGORIES DE MOTIFS (ME)	63
TABLEAU 17	CATÉGORIES DE MOTIFS DES DOSSIERS CONCLUS TRANSMIS AU DEUXIÈME PALIER (ME)	64

Introduction

Le format du *Rapport annuel 2013-2014 sur l'application du régime d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services*, n'a pas fait l'objet de modifications notables, comme ce fut le cas au cours des années précédentes. En effet, depuis les trois derniers exercices, le rapport annuel a été amélioré par plusieurs modifications dont: l'apparence du document s'harmonisant avec la nouvelle identité visuelle de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie (Agence); le format de présentation des tableaux et des graphiques; le suivi du niveau de réalisation des recommandations à caractère systémique; une synthèse régionale des principaux résultats extraits des activités des commissaires aux plaintes et à la qualité des services et des médecins examinateurs et des graphiques présentant l'évolution des principales activités du régime d'examen des plaintes, pendant les trois dernières années.

:: CONTENU DU RAPPORT

Le rapport se divise en huit chapitres. Le premier explique le mandat du commissaire régional et présente les principales caractéristiques relatives au traitement des dossiers, dans le cadre de l'application du régime d'examen des plaintes.

Le second chapitre présente les faits saillants des principaux résultats atteints pour l'Estrie, par le commissaire régional, par les commissaires locaux et par les médecins examinateurs.

Le chapitre suivant présente l'évolution de certains résultats, pour l'ensemble des acteurs responsables de l'application du régime d'examen des plaintes en Estrie, au cours des trois dernières années.

Les chapitres quatre, cinq et six présentent les résultats des activités réalisées par le commissaire régional, les commissaires locaux et les médecins examinateurs. L'évolution de certains résultats atteints au cours des trois dernières années est présentée et les résultats détaillés atteints en 2013-2014 complètent l'information.

Le chapitre suivant présente les les personnes ayant collaboré aux activités visant à promouvoir les droits des usagers et présente les principales actions réalisées par le Comité régional de promotion des droits des usagers, au cours du dernier exercice.

Le dernier chapitre fait état du bilan du niveau de réalisation des recommandations à caractère systémique, formulées au cours des dernières années, par le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services.

1

Chapitre 1
RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES

1.1 RÔLE DU COMMISSAIRE RÉGIONAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Statut

Le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services relève du conseil d'administration (C. A.) de l'Agence. Il est le seul responsable de l'application de la procédure d'examen des plaintes, au plan régional. Le C. A. doit prendre les mesures pour préserver en tout temps l'indépendance du rôle du commissaire dans l'exercice de ses fonctions. À cette fin, le C. A. doit s'assurer que le commissaire exerce exclusivement les fonctions prévues dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Mandat

En vertu du régime d'examen des plaintes, le commissaire régional traite les insatisfactions formulées dans les secteurs d'activités suivants :

- les résidences privées pour aînés (RPA);
- les ressources d'hébergement en toxicomanie ou en jeu pathologique (RTJP);
- les services préhospitaliers d'urgence (SPU) comprenant le Centre de communication santé Estrie (CCSE), les services de premiers répondants et les entreprises de transport ambulancier;
- les organismes communautaires;
- les fonctions ou les activités de l'Agence affectant directement une personne.

De plus, le commissaire régional peut intervenir de sa propre initiative s'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'une personne ou d'un groupe de personnes ne sont pas respectés.

Fonctions

Au cœur de son mandat, le commissaire régional examine les plaintes ou les signalements formulés et répond aux demandes d'assistance ou de consultation. Les dossiers sont classés selon les catégories suivantes :

PLAINTE

Insatisfaction exprimée par un usager ou par une usagère, son représentant légal ou l'héritier d'une personne décédée, concernant les services que l'usager ou l'usagère reçoit, a reçu ou aurait dû recevoir.

INTERVENTION

Enquête entreprise par le commissaire ayant des motifs raisonnables de croire que les droits des usagers ne sont pas respectés à la suite de faits rapportés (signalement) ou observés.

ASSISTANCE

Demande d'aide à la formulation d'une plainte ou pour avoir accès à des soins ou à des services.

CONSULTATION

Demande d'avis auprès du commissaire sur l'application du régime d'examen des plaintes et le respect des droits des usagers ou sur l'amélioration de la qualité des services.

Les autres fonctions du commissaire régional portent principalement sur la promotion du régime d'examen des plaintes auprès de différents groupes ou de différentes personnes, la promotion de l'indépendance de son rôle et la promotion des droits des usagers.

La section suivante décrit les principaux secteurs d'activités relevant de la compétence du commissaire régional.

:: RÉSIDENCES PRIVÉES POUR AÎNÉS

DÉFINITION D'UNE RÉSIDENCE PRIVÉE POUR AÎNÉS

Pour être reconnue à titre de RPA, les immeubles d'habitation collective doivent être occupés principalement par des personnes âgées de 65 ans et plus et offrir au moins deux des catégories de services définies par règlement soit les services de repas, les services d'assistance personnelle, les soins infirmiers, les services d'aide domestique, les services de sécurité ou les services de loisirs.

NOUVEAU RÈGLEMENT

L'entrée en vigueur du nouveau Règlement, au mois de mars 2013, a permis d'ajouter plusieurs précisions aux exigences liées à la certification des RPA, et ce, pour améliorer la sécurité du milieu de vie et la qualité des services. Ces nouvelles exigences ont modifié le portrait des RPA en Estrie.

PORTRAIT DE LA RÉGION

En avril 2014, la région de l'Estrie comptait un total de 105 résidences accueillant 5 797 personnes. Ce nombre exclut les places réservées pour une clientèle en perte d'autonomie reconnues à titre de ressources intermédiaires (32) ou qui font l'objet d'une entente de services formelle (252) avec un établissement du réseau. Parmi l'ensemble des résidences, 96 (90,5 %) sont à but lucratif, 8 (7,5 %) sont à but non lucratif et 2 (2 %) sont des coopératives d'habitation. Les services infirmiers sont disponibles dans 41 résidences (39 %) tandis que les autres (61 %) n'offrent pas cette catégorie de services. Les services d'assistance personnelle sont offerts dans 98 résidences (93 %), donc les 7 autres résidences sont consacrées à une clientèle autonome. Les services d'assistance personnelle sont : les soins d'hygiène; l'aide à

l'alimentation, à la mobilisation et aux transferts et la distribution de médicaments. Parmi l'ensemble, 99 résidences (94 %) sont certifiées ou en période de renouvellement, 5 (5 %) résidences ont reçu une attestation temporaire et une résidence n'a pas été certifiée et est en voie de cesser ses activités.

:: RESSOURCES D'HÉBERGEMENT EN TOXICOMANIE OU EN JEU PATHOLOGIQUE

RESSOURCES VISÉES PAR LA CERTIFICATION

Le *Règlement sur la certification des ressources en toxicomanie ou en jeu pathologique* vise uniquement celles offrant de l'hébergement. Les ressources offrant des services à l'externe (sans gîte ni couvert) ne sont donc pas assujetties à l'application de la règlementation.

PORTRAIT DE LA RÉGION

En avril 2014, l'Estrie comptait un total de 12 ressources totalisant 477 places offrant des services en toxicomanie ou en jeu pathologique. De ce nombre, 1 ressource était fermée temporairement pour des raisons reliées au Règlement municipal et à une réorientation de son offre de service. De plus, le certificat de conformité de l'une des ressources n'a pas été renouvelé et ce dossier est en attente de la décision du Tribunal administratif du Québec.

L'un des enjeux majeurs, s'appliquant à ces ressources, réside dans les obligations entourant une offre de service visant la clientèle souffrant de problèmes de santé mentale et qui présente également des problèmes reliés à la toxicomanie. Ces ressources éprouvent de la difficulté à embaucher le personnel compétent pour assurer l'aide nécessaire à la clientèle.

:: SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

Cette catégorie comprend le CCSE, les services de premiers répondants et les entreprises ambulancières.

Le CCSE a pour mission d'assurer le bon traitement des appels urgents en matière de santé ainsi que la coordination et la répartition des transports ambulanciers dans la région de l'Estrie. Le CCSE a reçu près de 36 000 appels, en 2013-2014, dont 87 % provenant de la population et 13 % des établissements, ce qui a généré 28 337 transports. De ce nombre, 24 438 transports ont été effectués pour répondre aux besoins de la population et 3 899 ont répondu aux besoins des établissements pour des transferts inter-hospitaliers.

L'Estrie compte huit services de premiers répondants (PR) répartis dans les localités suivantes : Sherbrooke, Magog, Austin, Cookshire-Eaton, Potton, Lambton, Saint-Denis-de-Brompton et Stanstead. Les PR interviennent essentiellement sur les appels urgents (de haute priorité) afin de porter rapidement secours et contribuer ainsi à réduire les délais de réponse aux usagers ou aux usagères.

Il y a cinq entreprises ambulancières qui desservent la région de l'Estrie et qui gèrent la disponibilité de 34 véhicules ambulanciers et trois véhicules de remplacement, dûment équipés. Plus de 230 techniciennes ambulancières paramédicales et techniciens ambulanciers paramédicaux (TAP) offrent des soins de base et sont autorisés à prodiguer les soins médicaux partagés suivants :

- la défibrillation lors d'arrêts cardiaques;
- l'intubation et la ventilation au moyen du combitube;
- l'administration de certains médicaments selon les protocoles cliniques provinciaux.

:: ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

PORTRAIT DE LA RÉGION

En avril 2014, la région de l'Estrie comptait 136 organismes communautaires reconnus en 2013-2014. L'Agence a accordé un soutien financier de 18 951 991 $, par le biais du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC). Les allocations financières peuvent être attribuées, soit en soutien à la mission globale d'un organisme ou dans le cadre d'une entente de services pour des activités spécifiques. La portion de ce financement accordée en soutien à la mission globale totalise 15 992 812 $ (84,3 %) et a été distribuée à 112 organismes. Parmi les organismes reconnus, 51 d'entre eux ont reçu un financement en entente de services pour des activités spécifiques (exemple : Programme de prévention des chutes) et 11 demeurent non financés. L'un des organismes est financé dans le cadre de sa mission régionale visant le regroupement des organismes communautaires.

Les organismes sont classés dans les secteurs d'activités des programmes comme suit :

SECTEURS D'ACTIVITÉ	NOMBRE
Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement	8
Déficience physique	14
Dépendance	6
Santé mentale	14
Jeunes en difficulté	26
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	18
Santé physique	6
Santé publique	23
Services généraux	20
Regroupements régionaux	1
TOTAL	**136**

1.2 PROCESSUS DE TRAITEMENT DES DOSSIERS

EXAMEN D'UN DOSSIER DE PLAINTE OU D'INTERVENTION

L'examen d'un dossier se fait selon une procédure bien établie :

1. Le commissaire aux plaintes et à la qualité des services reçoit la plainte ou le signalement et peut aider toute personne à formuler les motifs d'insatisfaction.
2. Il recueille la version des faits auprès des personnes ou des instances en cause.
3. Il examine l'ensemble des informations pour bien cerner le problème.
4. Il intervient de la manière la plus appropriée et sans délai lorsqu'il est informé qu'une personne, qui a formulé ou entend formuler une plainte, fait l'objet de représailles.
5. Il informe la personne de ses conclusions, qui peuvent être accompagnées de recommandations, permettant de résoudre le problème ou d'améliorer la qualité des services de façon satisfaisante, dans le respect des droits des usagers et de la règlementation en vigueur.

TRAITEMENT NON COMPLÉTÉ OU COMPLÉTÉ

Pour diverses raisons, le traitement d'un dossier peut être interrompu. Les raisons pour lesquelles le traitement d'un dossier de plainte ou d'intervention peut être discontinué sont les suivantes : abandonné par l'usager ou par l'usagère, cessé, refusé, rejeté sur examen sommaire.

Le traitement complété d'un dossier peut donner lieu à des recommandations pour l'application de mesures correctives.

MESURES À PORTÉE INDIVIDUELLE OU SYSTÉMIQUE

Les mesures correctives à portée individuelle permettent de corriger une situation concernant la personne insatisfaite. Les mesures à portée systémique permettent d'améliorer la qualité des services rendus ou d'assurer le respect des droits pour un ensemble d'usagers ou d'usagères.

DOSSIERS CONCLUS OU FERMÉS

Un dossier de plainte ou d'intervention est conclu lorsque les conclusions ont été transmises, par le commissaire, à la personne ayant formulé une plainte ou un signalement. Un dossier de plainte doit être conclu dans un délai de 45 jours. Un dossier est fermé lorsque les mesures correctives recommandées par le commissaire ont été réalisées.

DEUXIÈME PALIER : PROTECTEUR DU CITOYEN

Le régime d'examen des plaintes prévoit une disposition permettant à une personne plaignante, en désaccord avec les conclusions du commissaire, à la suite du traitement de sa plainte ou à l'expiration du délai de 45 jours prescrit par la loi, de déposer une plainte auprès du Protecteur du citoyen. Dans le cas de l'analyse de dossiers au deuxième palier, le Protecteur du citoyen reprend l'analyse de l'ensemble des motifs de la plainte et peut formuler ses propres recommandations. Le Protecteur du citoyen a l'obligation de s'assurer que ses recommandations sont mises en application.

1.3 MANDAT DU COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

Le mandat du Comité de vigilance et de la qualité est d'assurer, auprès du C. A. de l'Agence, le suivi des recommandations du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services ou celles du Protecteur du citoyen. Ce mandat s'inscrit dans une perspective d'amélioration de la qualité des services offerts, dans le respect des droits individuels et collectifs.

Au cours de l'année 2013-2014, un guide d'accueil et d'intégration, destiné aux nouveaux membres, a été adopté. L'objectif visé par ce document est de présenter l'information la plus pertinente et la plus utile à connaître pour une personne nouvellement nommée à titre de membre du Comité de vigilance et de la qualité.

2

Chapitre 2
FAITS SAILLANTS

2.1 ÉVOLUTION DES DOSSIERS 2011-2014

CETTE SECTION PRÉSENTE LES FAITS SAILLANTS DES PRINCIPAUX RÉSULTATS ATTEINTS POUR L'ESTRIE, PAR L'ENSEMBLE DES ACTEURS DU RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES ET DÉVOILE LES RÉSULTATS ATTEINTS PAR LE COMMISSAIRE RÉGIONAL, LES COMMISSAIRES LOCAUX ET LES MÉDECINS EXAMINATEURS.

ESTRIE

- Augmentation des dossiers de plainte et d'intervention ouverts : 21 % (894/738)
- Augmentation des motifs d'insatisfaction : 35 % (1238/918)
- Augmentation des mesures correctives : 26 % (566/449)

COMMISSAIRE RÉGIONAL

- Diminution des dossiers de plainte et d'intervention ouverts : 5 % (79/83)
- Augmentation des motifs d'insatisfaction : 9 % (163/149)
- Diminution des mesures correctives : 68 % (33/103)

COMMISSAIRES LOCAUX

- Augmentation des dossiers de plainte et d'intervention ouverts : 26 % (687/545)
- Augmentation des motifs d'insatisfaction : 38 % (911/660)
- Augmentation des mesures correctives : 58 % (483/305)

MÉDECINS EXAMINATEURS

- Augmentation des dossiers de plainte ouverts : 16 % (128/110)
- Augmentation des motifs d'insatisfaction : 50 % (164/109)
- Augmentation des mesures correctives : 22 % (50/41)

2.2 TRAITEMENT DES DOSSIERS 2013-2014

COMMISSAIRE RÉGIONAL

- Au total, 79 dossiers de plainte et d'intervention ont été ouverts.
- Cinquante-trois pourcent (42/79) des dossiers ouverts visent les RPA.
- Les motifs d'insatisfaction portent principalement **sur l'organisation du milieu et des ressources matérielles** et plus spécifiquement sur **l'alimentation.**
- Soixante-dix pourcent (23/33) des mesures recommandées sont à portée systémique.
- Les mesures recommandées visent principalement **l'adoption, la révision ou l'application de politiques et des règlements ou de protocoles cliniques ou administratifs.**

En somme, pour maximiser l'impact sur la satisfaction de la clientèle concernée, les RPA sont plus particulièrement ciblées. Ces instances auraient avantage à appliquer rigoureusement la règlementation en vigueur, en adaptant leurs services alimentaires pour mieux répondre, tant aux besoins de l'ensemble des résidents et des résidentes qu'à leurs besoins spécifiques liés à des problèmes de santé, exigeant des diètes ou des préparations spécifiques.

COMMISSAIRES LOCAUX

- Au total, 687 dossiers de plainte et d'intervention ont été ouverts.
- Les motifs d'insatisfaction portent principalement sur les **soins et les services dispensés**, plus particulièrement sur les **traitements, les interventions ou les services offerts.**
- Cinquante-deux pourcent (253/483) des mesures recommandées sont à portée systémique.
- Les mesures recommandées, autant celles à portée individuelle que systémique, visent principalement à adapter les soins et les services par l'encadrement des intervenants et des intervenantes.

Ainsi, pour augmenter le niveau de satisfaction des usagers et des usagères, les établissements auraient avantage à **adapter les soins et les services en renforçant les mécanismes permettant de mieux encadrer les intervenants et les intervenantes** offrant des services directs à la clientèle.

MÉDECINS EXAMINATEURS

- Au total, 128 dossiers de plainte ont été ouverts.
- Les motifs d'insatisfaction portent principalement sur les **soins et les services dispensés**, plus particulièrement sur les **compétences techniques et professionnelles.**

- Soixante-six pourcent (33/50) des mesures recommandées sont à portée individuelle.
- Les mesures recommandées portent principalement sur l'information ou **la sensibilisation des professionnels et des professionnelles.**

Donc, les insatisfactions des usagers et des usagères à l'égard des services reçus par les médecins, dentistes et pharmaciens dans les établissements, remettent en question leurs compétences techniques et professionnelles. Pour augmenter la satisfaction des usagers et des usagères envers les services offerts par ces professionnels et ces professionnelles, l'information et la sensibilisation sont privilégiées pour les inciter à adapter leurs façons d'interagir avec la clientèle.

3

Chapitre 3
RÉSULTATS POUR L'ESTRIE

3.1 ÉVOLUTION DES DOSSIERS 2011-2014

L'INFORMATION QUI SUIT PRÉSENTE LES RÉSULTATS PORTANT SUR LES DOSSIERS DE PLAINTE ET D'INTERVENTION OUVERTS, LES MOTIFS D'INSATISFACTION ET LES MESURES CORRECTIVES POUR L'ESTRIE, AU COURS DES TROIS DERNIERS EXERCICES (2011-2012, 2012-2013, 2013-2014).

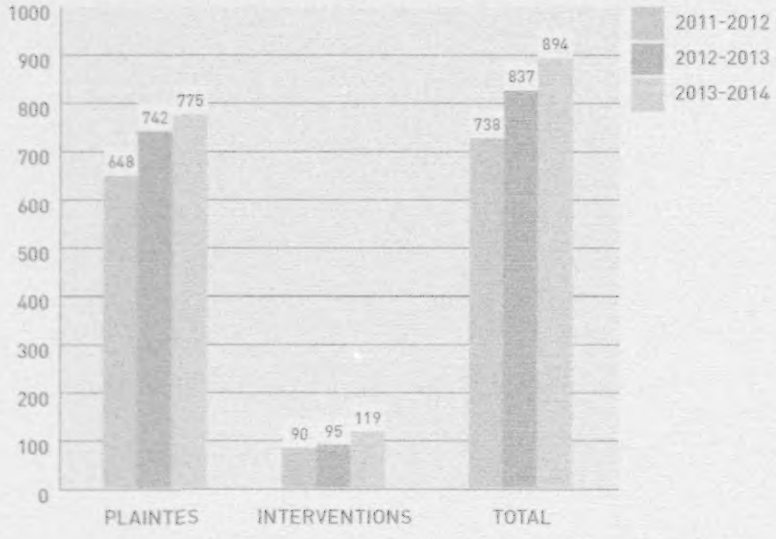
3.1.1 DOSSIERS DE PLAINTE ET D'INTERVENTION OUVERTS

:: AUGMENTATION DE 21 %

Au cours des trois dernières années, le nombre total de dossiers de plainte et d'intervention ouverts a augmenté, passant de 738 en 2011-2012 à 894 en 2013-2014 (graphique 1), soit une augmentation de 21 %. Toutes proportions gardées, l'évolution des dossiers d'intervention a été la plus élevée soit, 32 % (119/90) comparativement à la proportion des dossiers de plainte, soit 20 % (775/648).

:: GRAPHIQUE 1

ÉVOLUTION DES DOSSIERS DE PLAINTE ET D'INTERVENTION OUVERTS (ESTRIE)



3.1.2 MOTIFS D'INSATISFACTION

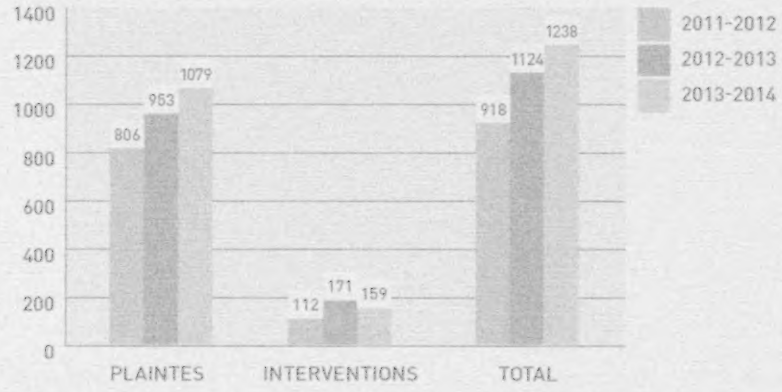
:: AUGMENTATION DE 35 %

Le nombre total de motifs d'insatisfaction traités a augmenté de 35 % (1238/918) entre 2011-2012 et 2013-2014 (graphique 2). L'augmentation a été plus importante entre 2011-2012 et 2012-2013, passant de 918 à 1 124, soit une variation de 22 %, tandis que le nombre de motifs a augmenté de 10 % (1238/1124) entre 2012-2013 et 2013-2014.

Entre 2011-2012 et 2013-2014, le nombre de motifs des dossiers de plainte a augmenté de 34 % (1079/806). Au niveau des dossiers d'intervention, le nombre a varié au cours des trois dernières années. Entre 2011-2012 et 2012-2013, le nombre de motifs d'insatisfaction a augmenté de 53 % (171/112) et a ensuite diminué de 7 % (159/171), entre 2012-2013 et 2013-2014.

:: GRAPHIQUE 2

ÉVOLUTION DES MOTIFS D'INSATISAFACTION (ESTRIE)



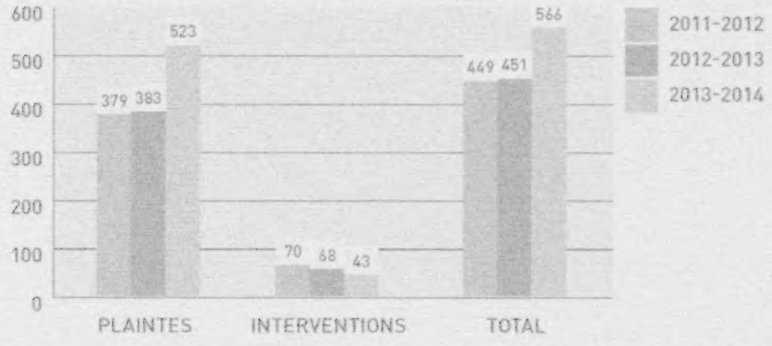
3.1.3 MESURES CORRECTIVES

:: AUGMENTATION DE 26 %

Le nombre total de mesures correctives a augmenté de 26 %, entre 2011-2012 et 2013-2014, passant de 449 à 566 (graphique 3). Le nombre de mesures correctives des dossiers de plainte a augmenté de façon considérable, au cours de cette période, passant de 379 en 2011-2012, à 523 en 2013-2014, soit une augmentation de 38 % (523 / 379). Le nombre de mesures correctives des dossiers d'intervention a diminué de 39 % (43/70) entre 2011-2012 et 2013-2014. Cette diminution est presqu'exclusivement causée par le résultat atteint au cours de la dernière année.

:: GRAPHIQUE 3

ÉVOLUTION DES MESURES CORRECTIVES (ESTRIE)



4

Chapitre 4
RAPPORT D'ACTIVITÉS – COMMISSAIRE RÉGIONAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

4.1 ÉVOLUTION DES DOSSIERS 2011-2014

CETTE SECTION PRÉSENTE UNE VUE D'ENSEMBLE DES RÉSULTATS OBTENUS, PAR LE COMMISSAIRE RÉGIONAL, SUR L'ÉVOLUTION DES DOSSIERS DE PLAINTE ET D'INTERVENTION OUVERTS, DES MOTIFS D'INTERVENTION TRAITÉS ET DES MESURES CORRECTIVES RECOMMANDÉES, AU COURS DES TROIS DERNIERS EXERCICES (2011-2012, 2012-2013, 2013-2014).

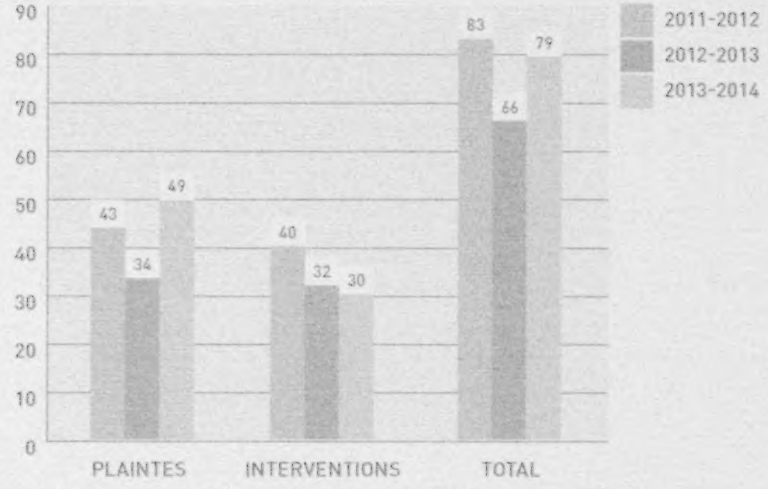
4.1.1 DOSSIERS DE PLAINTE ET D'INTERVENTION OUVERTS

:: DIMINUTION DE 5 %

Le nombre total de dossiers de plainte et d'intervention a varié d'une année à l'autre (graphique 4), reflétant une tendance générale à la diminution (5 %) au cours des trois dernières années (79/83). Entre 2011-2012 et 2012-2013, le nombre de dossiers a diminué de 20 %, passant de 83 à 66 et a, par la suite, augmenté de 20 % entre 2012-2013 et 2013-2014 (79/66).

:: GRAPHIQUE 4

ÉVOLUTION DES DOSSIERS DE PLAINTE ET D'INTERVENTION OUVERTS (CR)



Le nombre de dossiers de plainte ouverts a varié au cours des trois dernières années (graphique 4), reflétant une tendance croissante. En effet, le nombre de dossiers a diminué de 21 % (34\43) entre 2011-2012 et 2012-2013 et a augmenté de 44 % (49\34) entre 2012-2013 et 2013-2014.

Le nombre de dossiers d'intervention a connu une diminution de 25 % (30/40) au cours des trois dernières années, passant de 40 en 2011-2012, à 32 en 2012-2013 et à 30 en 2013-2014.

4.1.2 MOTIFS D'INSATISFACTION

:: AUGMENTATION DE 9 %

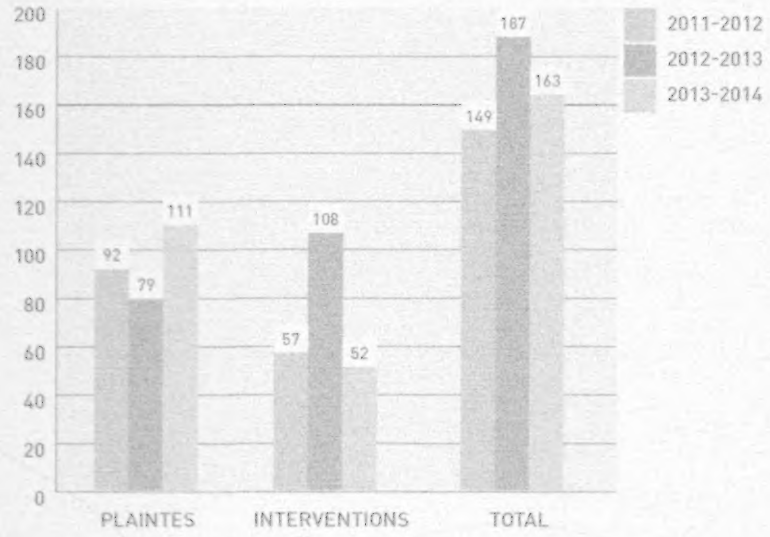
Le nombre total de motifs d'insatisfaction formulés a varié d'une année à l'autre (graphique 5), mais ce résultat global reflète une tendance à la hausse. Le nombre de motifs a augmenté de 25 % (187/149) entre 2011-2012 et 2012-2013 et a connu une baisse de 13 % (163/187) entre 2012-2013 et 2013-2014.

Le nombre de motifs des dossiers de plainte a varié au cours des trois dernières années (graphique 5). Le résultat a diminué de 14 % (79/92) entre 2011-2012 et 2012-2013 et a augmenté de 40 % (111/79) entre 2012-2013 et 2013-2014.

Le nombre de motifs des dossiers d'intervention a également connu des variations d'une année à l'autre. Il a augmenté de 89 % (108/57) entre 2011-2012 et 2012-2013 et a diminué de 52 % (52/108) entre 2012-2013 et 2013-2014.

:: GRAPHIQUE 5

ÉVOLUTION DES MOTIFS D'INSATISFACTION (CR)



4.1.3 MESURES CORRECTIVES

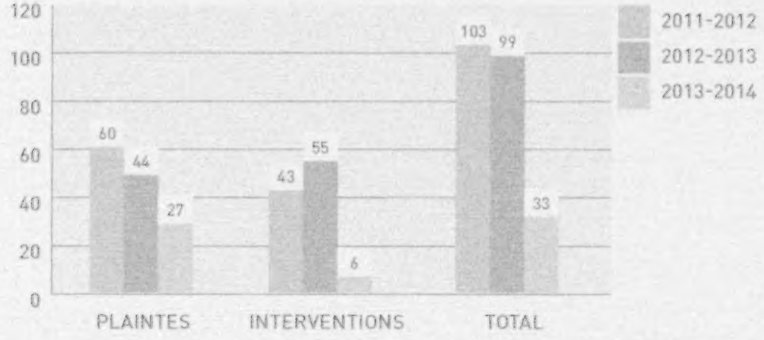
:: DIMINUTION DE 68 %

Le nombre total de mesures correctives recommandées a diminué de 68 % au cours des trois dernières années (graphique 6), passant de 103 en 2011-2012, à 99 en 2012-2013, pour atteindre 33 en 2013-2014. Cette diminution s'est principalement réalisée entre 2012-2013 et 2013-2014.

Le nombre de mesures correctives des dossiers de plainte a diminué de 45 % au cours des trois dernières années. En effet, entre 2011-2012 et 2012-2013, le nombre de mesures correctives a diminué de 33 % (44/60) et ce résultat a diminué de 39 % entre 2012-2013 et 2013-2014.

:: GRAPHIQUE 6

ÉVOLUTION DES MESURES CORRECTIVES (CR)



Le nombre de mesures correctives des dossiers d'intervention a connu une hausse de 28 % (55/43) entre 2011-2012 et 2012-2013 et a diminué de 89 % entre 2012-2013 et 2013-2014.

Des commentaires expliquant la diminution des mesures correctives, au cours de la dernière année, ont été ajoutés dans le chapitre suivant, portant sur les activités du commissaire régional au cours de l'année 2013-2014.

4.2 TRAITEMENT DES DOSSIERS 2013-2014

LA PROCHAINE SECTION PRÉSENTE LES DONNÉES SUR LE TRAITEMENT DES DOSSIERS PAR LE COMMISSAIRE RÉGIONAL, AU COURS DU DERNIER EXERCICE (2013-2014), EN COMPARANT LES RÉSULTATS AVEC L'EXERCICE PRÉCÉDENT (2012-2013).

4.2.1 DOSSIERS DE PLAINTE ET D'INTERVENTION OUVERTS

:: AUGMENTATION DE 20 %

Au cours de l'année 2013-2014, 79 dossiers de plainte et d'intervention ont été ouverts, ce qui correspond à une augmentation de 20 % (79/66) comparativement à 2012-2013 (tableau 1). Le nombre de dossiers de plainte a augmenté de 44 % (49/34) tandis que le nombre de dossiers d'intervention a diminué de 6 % (30/32).

4.2.2 DOSSIERS DE PLAINTE ET D'INTERVENTION CONCLUS

:: STABILITÉ

Le nombre total de dossiers conclus ou fermés en 2013-2014 est demeuré inchangé (80) comparativement à l'année précédente (tableau 1). Le nombre de dossiers de plainte a augmenté de 32 % (50/38) et le nombre de dossiers d'intervention a diminué de 29 % (30/42).

4.2.3 AUTRES DOSSIERS

Au total, les dossiers d'assistance et de consultation ont augmenté de 9 % (37/34) comparé à l'année précédente. Le nombre de dossiers d'assistance a diminué de 15 % (22/26) tandis que le nombre de dossiers de consultation a presque doublé (15/8).

:: TABLEAU 1

TRAITEMENT DES DOSSIERS DE PLAINTE ET D'INTERVENTION (CR)

	2013-2014	2012-2013	PROPORTION
	A	B	A / B
DOSSIERS OUVERTS			
Plaintes	49	34	1,44
Interventions	30	32	0,94
TOTAL	**79**	**66**	**1,20**
DOSSIERS DE PLAINTE ET D'INTERVENTION CONCLUS			
Plaintes	50	38	1,32
Interventions	30	42	0,71
TOTAL	**80**	**80**	**1,00**
AUTRES DOSSIERS			
Assistances	22	26	0,85
Consultations	15	8	1,88
TOTAL	**37**	**34**	**1,09**
CARACTÉRISTIQUES			
Plaintes traitées dans les délais (45 jours)	58 %	82 %	0,71
Délai moyen de traitement/plaintes (en jours)	42	29	1,45
Dossiers de plainte transmis au deuxième palier	2	1	2,0

4.2.4 CARACTÉRISTIQUES

Le pourcentage de dossiers de plainte traités dans le délai prescrit (45 jours) a diminué de 29 % (58/82) comparativement à 2012-2013. Toutefois, aucune plainte concernant le délai n'a été portée à l'attention du Protecteur du citoyen. Notons que le délai moyen de traitement des dossiers de plaintes, en 2013-2014, est de 42 jours, comparativement à 29 jours en 2012-2013. Ce résultat correspond à une augmentation de 45 % du délai moyen de traitement des dossiers.

Finalement, deux dossiers ont été transmis au Protecteur du citoyen, en 2013-2014, comparativement à un dossier l'année précédente. L'analyse de ces deux dossiers, par le Protecteur du citoyen, n'a pas été complétée en cours d'année. Donc, les résultats de cette analyse devraient être connus en 2014-2015.

4.2.5 RECOMMANDATION DU PROTECTEUR DU CITOYEN

Au cours de 2013-2014, le Protecteur du citoyen a analysé une plainte, en deuxième instance, concernant un établissement de l'Estrie. Cette démarche a mené le Protecteur du citoyen à formuler, entre autres, une recommandation adressée à l'Agence. Cette recommandation s'énonce comme suit :

« Prendre les moyens nécessaires pour aider les établissements aux prises avec une clientèle dont le comportement est violent afin d'assurer la sécurité et la qualité de vie de tous les résidents ».

L'actualisation de cette recommandation a été confiée à la Direction des services, des affaires médicales et universitaires. Les mesures de soutien offertes aux établissements sont les suivantes :

- Planification de formations, en 2014-2015, pour le personnel portant sur l'approche des personnes avec problèmes cognitifs;
- Mise en place des conditions permettant aux préposées et préposés aux bénéficiaires des CHSLD, de participer aux ateliers dans le cadre du programme AGIR auprès des personnes âgées;
- Mise en disponibilité, pour les établissements de l'Estrie, de lits d'hébergement à profil spécifique, accueillant des personnes présentant des troubles graves de comportement.

4.3 RÉPARTITION DES DOSSIERS SELON L'INSTANCE

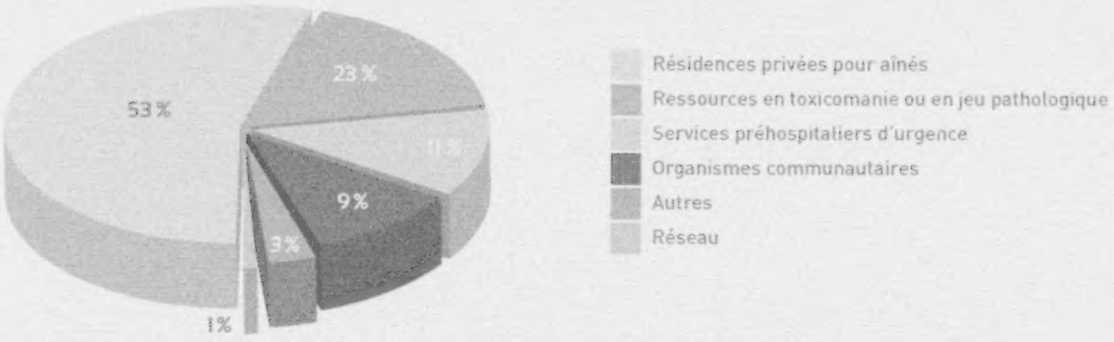
CETTE SECTION PRÉSENTE LES DONNÉES SUR LES DOSSIERS OUVERTS SELON L'INSTANCE VISÉE PAR UNE PLAINTE OU UN SIGNALEMENT.

:: RÉSIDENCES PRIVÉES POUR AÎNÉS : 53 %

Les résultats pour l'année 2013-2014 révèlent que les RPA ont généré plus de la moitié du nombre de dossiers de plainte ou d'intervention ouverts, soit 53 % (graphique 7). Les insatisfactions envers les RTJP arrivent au deuxième rang (23 %), suivies des SPU (11 %), des organismes communautaires (9 %), de la catégorie *autres* (3 %) telles que les cliniques médicales ou les coopératives de services à domicile et la catégorie *réseau* (1 %).

:: GRAPHIQUE 7

DOSSIERS OUVERTS SELON L'INSTANCE (CR) 2013-2014



Les résultats atteints en 2013-2014 diffèrent légèrement des résultats de 2012-2013. Ainsi, la proportion des dossiers ouverts a diminué pour les RPA (53 %/56 %); les SPU (11 %/14 %) et la catégorie autre (ex. : cliniques médicales) telles que les cliniques médicales ou les coopératives de services à domicile (3 %/4,5 %). La proportion des dossiers ouverts a augmenté pour les RTJP (23 %/21 %); les organismes communautaires (9 %/4,5 %) et le réseau (1 %/0 %).

	2013-2014		2012-2013	
	NOMBRE	**POURCENTAGE**	**NOMBRE**	**POURCENTAGE**
Résidences privées pour aînés	42	53,0 %	37	56,0 %
Ressources en toxicomanie ou en jeu pathologique	18	23,0 %	14	21,0 %
Services préhospitaliers d'urgence	9	11,0 %	9	14,0 %
Organismes communautaires	7	9,0 %	3	4,5 %
Autres	2	3,0 %	3	4,5 %
Réseau	1	1,0 %	0	0,0 %
TOTAL	**79**	**100 %**	**66**	**100 %**

4.4 PLAINTES ET INTERVENTIONS – VUE D'ENSEMBLE

LA SECTION SUIVANTE PRÉSENTE LES RÉSULTATS DÉTAILLÉS DU TRAITEMENT DES DOSSIERS DE PLAINTE ET D'INTERVENTION PAR LE COMMISSAIRE RÉGIONAL, POUR L'ANNÉE 2013-2014, EN COMPARANT CES RÉSULTATS AVEC L'ANNÉE PRÉCÉDENTE. PLUS SPÉCIFIQUEMENT, CETTE SECTION PRÉSENTE LES RÉSULTATS POUR LES MOTIFS D'INSATISFACTION, LES NIVEAUX DE TRAITEMENT ET LES TYPES DE MESURES CORRECTIVES.

4.4.1 MOTIFS D'INSATISFACTION

:: DIMINUTION DE 13 %

Le nombre total de motifs d'insatisfaction est inférieur de 13 % du résultat atteint l'année précédente, passant de 187 en 2012-2013 à 163 en 2013-2014 (tableau 2).

Les motifs d'insatisfaction des dossiers de plainte représentent 68 % (111/163) de l'ensemble des motifs formulés, ce qui correspond à une augmentation de 41 % (111/79) comparativement à 2012-2013. Ainsi, au cours de la dernière année, les usagers et les usagères ont exprimé davantage par eux-mêmes leurs insatisfactions plutôt que ce soit par l'intermédiaire de leurs proches.

Les motifs d'insatisfaction des dossiers d'intervention représentent 32 % (52/163) de l'ensemble des motifs formulés, ce qui correspond à une diminution de 52 % (52/108) comparativement à 2012-2013.

:: TABLEAU 2

DOSSIERS DE PLAINTE ET D'INTERVENTION SELON LES CATÉGORIES DE MOTIFS (CR)

CATÉGORIES DE MOTIFS		PLAINTES	INTERVENTIONS	TOTAL	2012-2013	PROPORTION
				A	B	A / B
Accessibilité		11	3	14	10	1,40
Aspect financier		8	1	9	12	0,75
Droits particuliers		6	3	9	5	1,80
Organisation du milieu et ressources matérielles		41	25	**66**	81	0,81
(Alimentation)		(14)	(6)	(20)	(23)	(0,87)
Relations interpersonnelles		21	9	30	26	1,15
Soins et services dispensés		24	11	35	51	0,69
Autres		0	0	0	2	1,00
TOTAL	C	**111**	**52**	**163**	**187**	**0,87**
POURCENTAGE		68 %	32 %			
2012-2013	D	79	108			
PROPORTION	C / D	**1,41**	**0,48**			

Comme par les années passées, la catégorie portant sur l'organisation du milieu et les ressources matérielles a généré, au total, le plus grand nombre de motifs d'insatisfaction (66). Toutefois, ce résultat constitue une diminution de 19 % (66/81) par rapport à 2012-2013. Plus spécifiquement, le motif de cette catégorie le plus souvent mentionné concerne l'alimentation (20/66). Les insatisfactions portant sur ce motif ont diminué de 13 % (20/23) comparativement à l'année précédente. Malgré cette diminution, l'alimentation continue à demeurer une préoccupation constante d'une année à l'autre comparativement aux autres motifs de plainte.

4.4.2 NIVEAUX DE TRAITEMENT

Le traitement n'a pas été complété pour 16 des motifs formulés, la raison principale étant qu'ils ont été rejetés sur examen sommaire (10/16) ou 63 %. Le traitement des dossiers de plainte et d'intervention a été complété pour 90 % (147/163) des motifs (tableau 3), ce qui dépasse de 4 % le résultat atteint en 2012-2013, soit 86 % (161/187). Parmi les motifs dont le traitement a été complété, 19 % (28/147) ont généré des mesures correctives et 119 motifs (81 %) n'ont généré aucune mesure corrective.

:: TABLEAU 3

MOTIFS CONCLUS SELON LES CATÉGORIES ET LE NIVEAU DE TRAITEMENT (CR)

CATÉGORIES DE MOTIFS		DOSSIERS DE PLAINTE ET D'INTERVENTION NIVEAUX DE TRAITEMENT										
		Traitement non complété					Traitement complété					
		Abandonné par l'usager	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	SOUS-TOTAL	Avec mesure	Sans mesure	SOUS-TOTAL	TOTAL	2012-2013	PROPORTION
										A	B	A / B
Accessibilité		1	0	0	3	4	0	10	10	14		
Aspect financier		0	0	0	1	1	5	3	8	9		
Droits particuliers		0	0	0	0	0	3	6	9	9		
Organisation du milieu et ressources matérielles		0	2	0	1	3	9	54	63	66		
Relations interpersonnelles		1	0	0	3	4	6	20	26	30		
Soins et services dispensés		1	1	0	2	4	5	26	31	35		
Autres		0	0	0	0	0	0	0	0	0		
TOTAL	C	3	3	0	10	**16**	28	119	**147**	**163**	187	0,87
POURCENTAGE						10 %			90 %			
2012-2013	D					**26**			**161**			
TOTAL	C / D					0,62			0,91			

4.4.3 TYPES DE MESURES CORRECTIVES

:: DIMINUTION DE 67 %

Au total, 33 mesures correctives ont été recommandées en 2013-2014 (tableau 4), ce qui correspond à une diminution de 67 % par rapport au résultat atteint en 2012-2013 (99). Parmi les mesures correctives recommandées, 30 % sont à portée

individuelle (10/33). Le nombre de mesures à portée individuelle équivaut à 50 % du résultat atteint en 2012-2013 (20). Les mesures à portée individuelle visent le plus souvent l'adaptation des soins et services (6/10) et 3 de ces mesures ciblent l'ajustement professionnel au niveau des relations interpersonnelles (2) ou les soins et les services (1).

:: TABLEAU 4

TYPES DE MESURES CORRECTIVES SELON LES CATÉGORIES DE MOTIFS (CR)

	DOSSIERS DE PLAINTE ET D'INTERVENTION										
	CATÉGORIES DE MOTIFS										
TYPES DE MESURES CORRECTIVES	Accessibilité	Aspect financier	Droits particuliers	Organisation du milieu et ressources matérielles	Relations interpersonnelles	Soins et services dispensés	Autres	TOTAL	POURCENTAGE	2012-2013	PROPORTION
À PORTÉE INDIVIDUELLE								A		B	A / B
Adaptation des soins et services	0	0	0	1	4	1	0	**6**			
(Ajustement professionnel)					(2)	(1)		(3)			
Adaptation du milieu et de l'environnement	0	0	1	0	0	0	0	1			
Ajustement financier	0	1	1	0	0	0	0	2			
Autres	0	0	0	0	1	0	0	1			
SOUS -TOTAL	0	1	2	1	5	1	0	**10**	30 %	20	0,50
À PORTÉE SYSTÉMATIQUE								A		B	A / B
Adaptation des soins et services	0	1	1	0	1	1	0	4			
Adaptation du milieu et de l'environnement	0	0	0	5	0	1	0	6			
Adoption / révision / application de règles et procédures	0	2	0	5	0	5	0	**12**			
(Politiques et règlements)		(1)		(4)				(5)			
(Protocole clinique ou administratif)		(1)				(4)		(5)			
Communication / promotion	0	1	0	0	0	0	0	1			
SOUS -TOTAL	0	4	1	10	1	7	0	**23**	70 %	79	0,29
TOTAL	0	5	3	11	6	8	0	**33**		99	**0,33**

Les mesures à portée systémique représentent 70 % (23/33) du total. Ce résultat est inférieur de 71 % (23/79) du résultat atteint l'année précédente, soit 79. Les mesures à portée systémique visent principalement l'adoption, la révision ou l'application de règles ou procédures (12), plus particulièrement des politiques et règlements (5) et des protocoles cliniques ou administratifs (5). Le plus grand nombre de mesures correctives porte sur les insatisfactions reliées à l'organisation du milieu et les ressources matérielles (11/33).

DIMINUTION DES MESURES CORRECTIVES : EXPLICATION

La diminution du nombre de motifs d'insatisfaction influence à la baisse le nombre de mesures correctives pouvant être recommandées. Évidemment, cette diminution (13 % au cours de la dernière année) n'est pas la seule raison pouvant expliquer une diminution de 67 % des mesures correctives, depuis la dernière année.

Une analyse plus approfondie des dossiers conclus ou fermés sans mesures correctives apporte un certain éclairage. Nous pouvons constater que des dossiers ont été fermés à la suite de l'application d'une mesure d'amélioration. Ainsi, dans ces dossiers, les personnes responsables de ces instances se sont engagées immédiatement, au terme de l'investigation, à modifier leur fonctionnement pour respecter la règlementation en vigueur ou pour améliorer la qualité des services à leur clientèle. En conséquence, aucune recommandation n'a été formulée puisque les améliorations étaient actualisées avant la fermeture du dossier. Au total, 20 mesures d'amélioration ont été complétées rapidement.

En additionnant ces 20 mesures d'amélioration aux 33 mesures recommandées, le résultat obtenu est de 53, ce qui correspond à une diminution de 47 % du nombre de mesures correctives (plutôt que 67 %) par rapport à l'année précédente. Il faut également ajouter à cette analyse la diminution de 13 % du nombre de motifs d'insatisfaction.

Cette analyse ne permet pas d'expliquer totalement la diminution du nombre de mesures recommandées au cours de la dernière année. Toutefois, elle met en lumière un changement dans l'attitude des personnes responsables de ces instances. En effet, au lieu de démontrer une opposition face aux insatisfactions formulées, ce qui génère des recommandations, ces personnes se préoccupent de l'amélioration de la qualité des services et du respect de la règlementation en vigueur et apportent les correctifs souhaités immédiatement. Ainsi, nous pouvons constater une évolution dans le niveau de collaboration des personnes dirigeantes.

4.4.4 MESURES CORRECTIVES SELON L'INSTANCE

Des mesures correctives ont été recommandées dans 21 dossiers, en 2013-2014, comparativement à 43 dossiers, en 2012-2013 (tableau 5), ce qui correspond à une diminution de 51 % (21/43). Ces 21 dossiers ont généré 33 mesures correctives comparativement à 99, en 2012-2013, soit une diminution de 67 % (33/99).

Les RPA constituent la catégorie avec le plus grand nombre de dossiers ayant fait l'objet de mesures correctives (16/21) ou 76 %. Ce résultat constitue une diminution de 47 % (16/30) par rapport à l'année précédente. Cette catégorie d'instances a généré 27 mesures correctives, en 2013-2014, ce qui représente 82 % (27/33) de l'ensemble des mesures correctives. En 2013-2014, le nombre de mesures se rapportant aux RPA a diminué de 64 % (27/75) par rapport à 2012-2013. Toute proportion gardée, c'est la catégorie des RTJP qui a connu la plus forte diminution, en 2013-2014, tant au niveau du nombre de dossiers ayant fait l'objet de mesures correctives, soit 78 % (2/9) ou du nombre de mesures, soit 90 % (2/20).

:: TABLEAU 5

MESURES CORRECTIVES SELON L'INSTANCE

INSTANCES	DOSSIERS			MESURES		
	2013-2014	2012-2013	PROPORTION	2013-2014	2012-2013	PROPORTION
	A	B	A/B	A	B	A/B
Résidences privées pour aînés	16	30	0,53	27	75	0,36
Ressources en toxicomanie ou en jeu pathologique	2	9	0,22	2	20	0,1
Services préhospitaliers d'urgence	2	4	0,5	3	4	0,75
Organismes communautaires	1	0	1,00	1	0	1,00
TOTAL	**21**	**43**	**0,49**	**33**	**99**	**0,33**

Les précisions sur l'ensemble des mesures d'amélioration recommandées, au cours de l'année 2013-2014, sont présentées en annexe. Ce tableau présente les mesures selon la catégorie d'instance visée et les motifs d'insatisfaction. Les mesures qui étaient semblables et qui portaient sur la même catégorie de mesure ont été regroupées.

4.5 AUTRES ACTIVITÉS DU COMMISSAIRE RÉGIONAL

Le commissaire régional est engagé dans des activités complémentaires à ses fonctions principales reliées au traitement des dossiers. Le tableau 6 présente un sommaire des types d'activités réalisées au cours de l'année 2013-2014.

Le commissaire régional a principalement été impliqué dans des activités portant sur le fonctionnement du régime d'examen des plaintes (16). Ces activités incluent les rencontres avec d'autres commissaires régionaux et les rencontres avec le Comité régional de promotion des droits des usagers. Quelques activités ont été réalisées sur la promotion des droits et obligations des usagers et le commissaire a participé à 4 rencontres du Comité de vigilance et de la qualité.

:: TABLEAU 6

SOMMAIRE DES AUTRES ACTIVITÉS DU COMMISSAIRE (CR)

	NOMBRE
PROMOTION/INFORMATION	
Droits et obligations des usagers	4
Code d'éthique (employés, professionnels, stagiaires)	0
Régime et procédure d'examen des plaintes	0
SOUS-TOTAL	**4**
COMMUNICATIONS AU C. A. (EN SÉANCE)	
Bilan des dossiers de plainte et d'intervention	1
Attentes du C. A.	0
SOUS-TOTAL	**1**
COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ	
Participation au Comité de vigilance et de la qualité	4
SOUS-TOTAL	**4**
COLLABORATION AU FONCTIONNEMENT DU RÉGIME	
Collaboration à l'évolution du régime d'examen des plaintes (Table de commissaires régionaux/MSSS; formations)	14
Collaboration avec les comités des usagers/résidents	0
Soutien aux commissaires locaux	2
SOUS-TOTAL	**16**
TOTAL	**25**

:: PROMOTION DES DROITS DES USAGERS

Le commissaire régional anime les rencontres du Comité régional de promotion des droits des usagers. Ce comité assure la pérennité des actions concertées portant sur la promotion des droits des usagers et la reconnaissance des responsabilités partagées, et ce, à l'aide d'un plan d'action. Les outils promotionnels et les activités prévues au plan d'action sont réalisés avec la participation d'un comité composé de personnes représentant :

- les comités des usagers de l'Estrie
- le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes de l'Estrie
- Pro-Def Estrie
- le Forum de la population
- les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services
- le Service de la performance, de la qualité et des communications de l'Agence
- le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services.

:: COLLABORATION AVEC LA FACULTÉ DE DROIT DE L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

La Faculté de droit veut faire connaître, à ses étudiants et à ses étudiantes, les divers champs d'intervention dans le domaine du droit de la santé et des services sociaux en plus de leur permettre d'avoir une expérience dans un milieu de travail, à l'intérieur de leurs études.

Au cours de l'année, une étudiante au programme d'études en droit de l'Université de Sherbrooke a eu l'opportunité de faire un stage avec le commissaire régional.

Celle-ci a apprivoisé le régime d'examen des plaintes, fait des recherches sur des sujets reliés au droit de la santé et des services sociaux et soutien le commissaire dans ses diverses fonctions.

L'apport des stagiaires se traduit aussi par la production de travaux académiques utiles pour l'exercice des fonctions des commissaires dans l'application du régime d'examen des plaintes.

5

Chapitre 5
RAPPORT D'ACTIVITÉS – COMMISSAIRES LOCAUX AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

5.1 ÉVOLUTION DES DOSSIERS 2011-2014

CETTE SECTION PRÉSENTE UNE VUE D'ENSEMBLE DES RÉSULTATS OBTENUS PORTANT SUR L'ÉVOLUTION DES DOSSIERS DE PLAINTE ET D'INTERVENTION, TRAITÉS PAR LES COMMISSAIRES LOCAUX AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES DE LA RÉGION DE L'ESTRIE (VOIR LA LISTE DES COMMISSAIRES LOCAUX À L'ANNEXE 2), AU COURS DES TROIS DERNIERS EXERCICES (2011-2012, 2012-2013 ET 2013-2014).

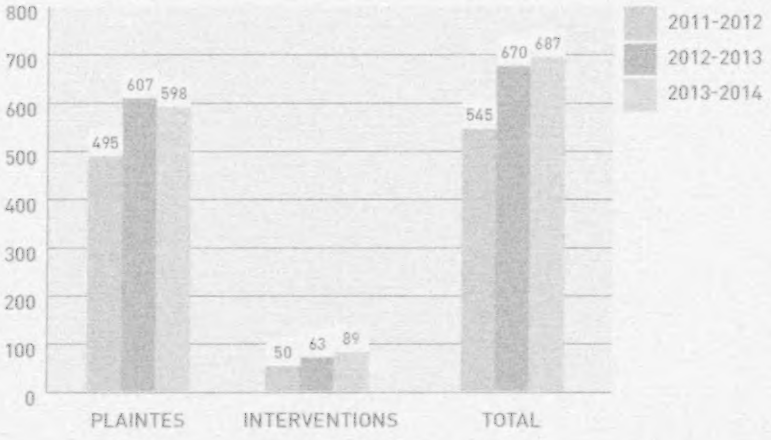
5.1.1 DOSSIERS DE PLAINTE ET D'INTERVENTION OUVERTS

:: AUGMENTATION DE 26 %

Au cours des trois dernières années, le nombre total de dossiers de plainte et d'intervention ouverts a augmenté de 26 %, passant de 545, en 2011-2012, à 687, en 2013-2014 (graphique 8). Les dossiers de plainte représentent une proportion beaucoup plus importante du total des dossiers ouverts que les dossiers d'intervention, quelle que soit l'année de référence (598 ou 87 % comparativement à 89 ou 13 %). Au total, 598 dossiers de plainte ont été ouverts en 2013-2014, soit une augmentation de 21 % (598/495) comparativement à 2011-2012. Le nombre de dossiers de plainte, au cours de la dernière année, a connu une très faible diminution par rapport à l'année 2012-2013 (598/607). Le nombre total de dossiers d'intervention ouverts, en 2013-2014, a augmenté de 78 % (89/50) comparativement au résultat atteint en 2011-2012.

:: GRAPHIQUE 8

ÉVOLUTION DES DOSSIERS DE PLAINTE ET D'INTERVENTION OUVERTS (CL)



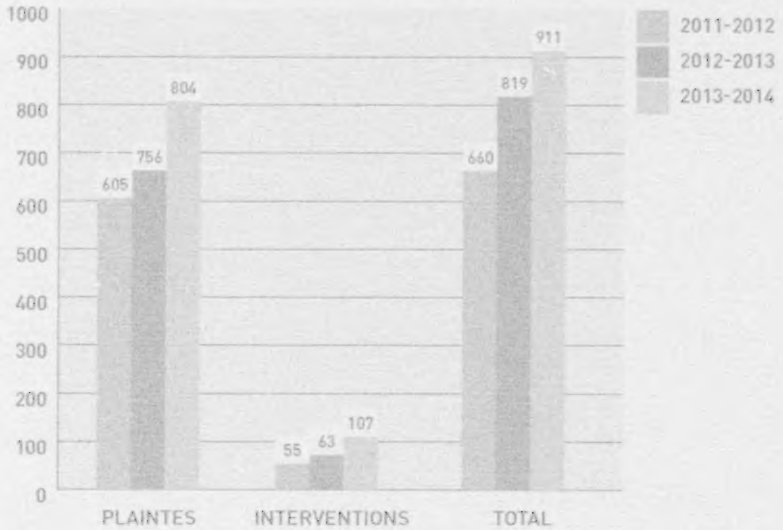
5.1.2 MOTIFS D'INSATISFACTION

:: AUGMENTATION DE 38 %

Entre 2011-2012 et 2013-2014, le nombre total de motifs d'insatisfaction a augmenté de 38 %, passant de 660 à 911 (graphique 9). Le nombre de motifs formulés dans les dossiers de plainte a connu une hausse de 33 % (804/605) et le résultat atteint dans les dossiers d'intervention a presque doublé au cours des trois dernières années, passant de 55 à 107, soit une augmentation de 95 %.

:: GRAPHIQUE 9

ÉVOLUTION DES MOTIFS D'INSATISFACTION (CL)



5.1.3 MESURES CORRECTIVES

:: AUGMENTATION DE 58 %

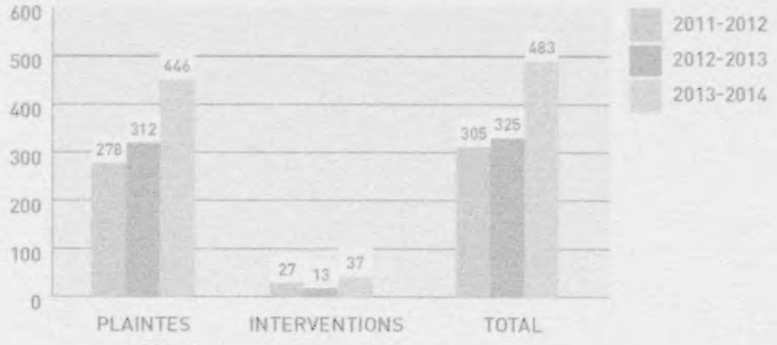
Le nombre total de mesures correctives recommandées a augmenté progressivement au cours des trois dernières années (graphique 10). En effet, les résultats atteints ont passé de 305 en 2011-2012, à 325 en 2012-2013, pour atteindre 483 en 2013-2014, ce qui représente une augmentation de 58 % au cours des trois dernières années. Ce niveau d'augmentation s'est principalement réalisé au cours de la dernière année, passant de 325 en 2012-2013, à 483 en 2013-2014, reflétant une augmentation de 49 %.

Le nombre de mesures correctives des dossiers de plainte a connu une progression semblable, passant de 278 à 446, entre 2011-2012 et 2013-2014, soit une augmentation de 60 %.

Le résultat pour les dossiers d'intervention a diminué de 52 % (13/27), entre 2011-2012 et 2012-2013, et a ensuite presque triplé entre 2012-2013 et 2013-2014 (37/13).

:: GRAPHIQUE 10

ÉVOLUTION DES MESURES CORRECTIVES (CL)



5.2 TRAITEMENT DES DOSSIERS 2013-2014

LA PROCHAINE SECTION PRÉSENTE LES RÉSULTATS DU TRAITEMENT DES DOSSIERS PAR LES COMMISSAIRES LOCAUX, AU COURS DE L'ANNÉE 2013-2014, EN COMPARANT LES RÉSULTATS AVEC L'ANNÉE PRÉCÉDENTE.

5.2.1 DOSSIERS OUVERTS

:: AUGMENTATION DE 3 %

Le nombre total de dossiers ouverts, par les commissaires locaux, a augmenté de 3 % au cours de la dernière année, passant de 670 à 687 (tableau 7).

:: TABLEAU 7

TRAITEMENT DES DOSSIERS DE PLAINTE ET D'INTERVENTION (CL)

	2013-2014	2012-2013	PROPORTION
	A	B	A / B
DOSSIERS OUVERTS			
Plaintes	**598**	607	0,99
Interventions	**89**	63	1,41
TOTAL	**687**	**670**	**1,03**
DOSSIERS CONCLUS			
Plaintes	**607**	592	1,03
Interventions	**84**	62	1,35
TOTAL	**691**	**654**	**1,06**
AUTRES DOSSIERS			
Assistances	**305**	324	0,94
Consultations	**63**	49	1,29
TOTAL	**368**	**373**	**0,99**
CARACTÉRISTIQUES			
Plaintes traitées dans les délais (45 jours)	**89 %**	89 %	1,00
Dossiers de plainte transmis au deuxième palier	**22**	10	2,2

Le nombre de dossiers de plainte ouverts est demeuré pratiquement stable (598/607), tandis que le résultat atteint pour les dossiers d'intervention a augmenté de 41 %, passant de 63 en 2012-2013, à 89 en 2013-2014.

5.2.2 DOSSIERS CONCLUS

:: AUGMENTATION DE 6 %

Au cours de la dernière année, 691 dossiers ont été conclus comparativement à 654 en 2012-2013, soit une augmentation de 6 %. Le nombre de dossiers de plainte conclus a augmenté de 3 % (607/592) et le résultat pour les dossiers d'intervention a augmenté de 35 % (84/62).

5.2.3 AUTRES DOSSIERS

Au cours de l'année 2013-2014, le nombre de dossiers d'assistance traités a diminué de 6 % (305/324) et le nombre de consultations réalisées a augmenté de 29 % (63/49), comparativement à l'année précédente.

5.2.4 CARACTÉRISTIQUES

La proportion de dossiers de plainte conclus, à l'intérieur du délai de 45 jours prévu dans la loi, est demeurée stable (89 %), entre 2012-2013 et 2013-2014.

En fin d'exercice, le nombre de dossiers ayant fait l'objet d'une analyse par le Protecteur du citoyen a plus que doublé (22/10) comparativement à 2012-2013.

5.3 PLAINTES ET INTERVENTIONS – VUE D'ENSEMBLE

LA SECTION SUIVANTE PRÉSENTE LES RÉSULTATS DÉTAILLÉS DU TRAITEMENT DES DOSSIERS DE PLAINTE ET D'INTERVENTION PAR LES COMMISSAIRES LOCAUX, POUR L'ANNÉE 2013-2014, EN COMPARANT CES RÉSULTATS AVEC L'ANNÉE PRÉCÉDENTE. PLUS SPÉCIFIQUEMENT, CETTE SECTION PRÉSENTE LES RÉSULTATS POUR LES MOTIFS D'INSATISFACTION, LES NIVEAUX DE TRAITEMENT, LES TYPES DE MESURES CORRECTIVES ET LES CATÉGORIES DE MOTIFS DES DOSSIERS CONCLUS TRANSMIS AU DEUXIÈME PALIER.

5.3.1 MOTIFS D'INSATISFACTION

:: AUGMENTATION DE 11 %

Le nombre total de motifs d'insatisfaction rapportés, en 2013-2014 (tableau 8), a augmenté de 11 % au cours de la dernière année (911/819). Le nombre total de motifs des dossiers de plainte correspond à 88 % (804/911) des motifs formulés comparativement à 12 % (107/911) pour les dossiers d'intervention. Les motifs des dossiers de plainte ont augmenté de 6 % (804/756) comparativement à 2012-2013 et les motifs des dossiers d'intervention, pour leur part, ont fait un bon de 70 % (107/63).

:: TABLEAU 8

DOSSIERS DE PLAINTE ET D'INTERVENTION SELON LES CATÉGORIES DE MOTIFS (CL)

CATÉGORIES DE MOTIFS	PLAINTES	INTERVENTIONS	TOTAL	2012-2013	PROPORTION
			A	B	A / B
Accessibilité	181	25	206	169	1,22
Aspect financier	23	3	26	33	0,79
Droits particuliers	73	18	91	72	1,26
Organisation du milieu et ressources matérielles	127	25	152	144	1,06
Relations interpersonnelles	171	11	182	154	1,18
Soins et services dispensés	224	25	**249**	237	1,05
(Traitement / interventions / services - action faite)	(98)	(7)	(105)	(71)	(1,48)
Autres	5	0	5	10	0,50
TOTAL C	**804**	**107**	**911**	**819**	**1,11**
POURCENTAGE	88 %	12 %			
2012-2013 D	756	63			
PROPORTION C / D	**1,06**	**1,70**			

La catégorie portant sur les soins et les services dispensés a généré le plus grand nombre de motifs d'insatisfaction (249) et ce résultat reflète une augmentation de 5 % (249/237) comparé à celui atteint en 2012-2013. Les motifs d'insatisfaction de cette catégorie portent le plus souvent sur les habiletés techniques et professionnelles (37), ce qui représente une diminution de 36 % (37/58) par rapport à l'année précédente.

5.3.2 NIVEAUX DE TRAITEMENT

Le traitement n'a pas été complété pour 98 motifs (11 %), ce qui représente une augmentation de 29 % (98/76) par rapport à 2012-2013 (tableau 9). La raison principale pour laquelle le traitement n'a pas été complété est que les motifs ont été rejetés sur examen sommaire à 39 % (38/98).

Le nombre de motifs dont le traitement a été complété a augmenté de 9 % (813/743) par rapport à 2012-2013. Parmi les motifs dont le traitement a été complété, des mesures correctives ont été recommandées dans 50 % des cas (406/813). Ainsi, les autres motifs formulés n'ont pas généré de mesures correctives (407/813).

:: TABLEAU 9

MOTIFS CONCLUS SELON LES CATÉGORIES ET LE NIVEAU DE TRAITEMENT (CL)

	DOSSIERS DE PLAINTE ET D'INTERVENTION NIVEAUX DE TRAITEMENT								
	Traitement non complété					Traitement complété			
CATÉGORIES DE MOTIFS	Abandonné par l'usager	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	**SOUS-TOTAL**	Avec mesure	Sans mesure	**SOUS-TOTAL**	**TOTAL**
Accessibilité	4	4	0	7	15	58	133	191	206
Aspect financier	0	0	0	1	1	9	16	25	26
Droits particuliers	4	3	0	6	13	38	40	78	91
Organisation du milieu et ressources matérielles	3	4	1	6	14	64	74	138	152
Relations interpersonnelles	5	8	2	5	20	115	47	162	182
Soins et services dispensés (Traitement / interventions / services - action faite)	12	8	2	10	**32** (7)	122	95	**217** (96)	**249** (103)
Autres	0	0	0	3	3	0	2	2	5
TOTAL	28	27	5	38	**98**	406	407	**813**	**911**
POURCENTAGE					11 %			89 %	
2012-2013					76			743	
PROPORTION					1,29			1,09	

5.3.3 TYPES DE MESURES CORRECTIVES

:: AUGMENTATION DE 49 %

Le nombre total de mesures correctives recommandées, en 2013-2014, a augmenté de 49 % (483/325), comparativement au résultat atteint en 2012-2013 (tableau 10). Parmi les mesures recommandées, 48 % (230/483) sont à portée individuelle.

:: TABLEAU 10

TYPES DE MESURES CORRECTIVES SELON LES CATÉGORIES DE MOTIFS (CL)

	DOSSIERS DE PLAINTE ET D'INTERVENTION										
	CATÉGORIES DE MOTIFS										
TYPES DE MESURES CORRECTIVES	Accessibilité	Aspect financier	Droits particuliers	Organisation du milieu et ressources matérielles	Relations interpersonnelles	Soins et services dispensés	Autres	TOTAL	POURCENTAGE	2012-2013	PROPORTION
À PORTÉE INDIVIDUELLE								A		B	A/B
Adaptation des soins et services	14	1	3	7	22	29	0	76			
Adaptation du milieu et de l'environnement	0	0	0	8	2	0	0	10			
Ajustement financier	0	4	0	1	0	0	0	5			
Conciliation / intercession / médiation	0	0	1	1	0	5	0	7			
Sensibilisation d'un intervenant	7	0	4	7	66	25	0	**109**			
Obtention de services	13	1	0	1	0	3	0	18			
Respect des droits	0	0	1	0	0	0	0	1			
Respect du choix	0	0	0	0	0	1	0	1			
Autres	0	0	0	1	1	1	0	3			
SOUS -TOTAL	34	6	9	26	91	64	0	**230**	48 %	163	1,41
À PORTÉE SYSTÉMATIQUE								A		B	A/B
Adaptation des soins et services	20	0	18	23	36	52	0	**149**			
Adaptation du milieu et de l'environnement	5	0	3	12	0	2	0	22			
Adoption / révision / application de règles et procédures	6	2	4	11	4	21	0	48			
Ajustement financier	0	1	0	1	0	0	0	2			
Communication / promotion	4	0	5	1	1	4	0	15			
Formation / supervision	0	0	3	2	0	5	0	10			
Respect des droits	0	0	2	1	0	0	0	3			
Autres	1	0	0	1	0	2	0	4			
SOUS -TOTAL	36	3	35	52	41	86	0	253	52 %	162	1,36
TOTAL	70	9	44	78	132	150	0	**483**		**325**	1,49

Ce résultat correspond à une augmentation de 41 % (230/163) comparé à 2012-2013. Le nombre de mesures à portée systémique est supérieur de 56 % (253/162) du résultat atteint en 2012-2013.

Le plus grand nombre de mesures à portée individuelle vise l'information, la sensibilisation d'un intervenant ou d'une intervenante (109/230) ou 47 %. Le plus grand nombre de mesures à portée systémique vise l'adaptation des soins et des services (149/253) ou 59 %.

5.3.4 DOSSIERS TRANSMIS AU DEUXIÈME PALIER (PROTECTEUR DU CITOYEN)

Parmi les dossiers transmis au Protecteur du citoyen par les commissaires locaux, au cours de l'année 2013-2014, 18 motifs ont été traités (tableau 11). La catégorie comportant le plus grand nombre de motifs vise les soins et les services dispensés (8).

:: TABLEAU 11

CATÉGORIES DE MOTIFS DES DOSSIERS CONCLUS TRANSMIS AU DEUXIÈME PALIER (CL)	NOMBRE
Accessibilité	0
Aspects financiers	3
Droits particuliers	2
Organisation du milieu et ressources matérielles	2
Relations interpersonnelles	2
Soins et services dispensés	8
Autres	1
TOTAL	**18**

Les dossiers conclus au deuxième palier ont généré six recommandations dont l'une est à portée individuelle et porte sur l'adaptation des soins et des services. Parmi les recommandations à caractère systémique recommandées, deux d'entre elles visent à adapter les soins et les services et trois portent sur l'adoption, la révision ou l'application de règles et procédures.

5.4 AUTRES ACTIVITÉS DES COMMISSAIRES LOCAUX

Dans le cadre de leur rôle, les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services exercent diverses autres activités, outre le traitement des plaintes. Le tableau 12 présente un sommaire des types d'activités réalisées au cours de l'exercice 2013-2014.

:: TABLEAU 12

SOMMAIRE DES AUTRES ACTIVITÉS DES COMMISSAIRES (CL)

	NOMBRE
PROMOTION/INFORMATION	
Droits et obligations des usagers	57
Code d'éthique (employés, professionnels, stagiaires)	2
Régime et procédure d'examen des plaintes	22
Autres	25
SOUS-TOTAL	**106**
COMMUNICATIONS AU C. A.	
Bilan des dossiers de plainte et d'intervention	16
Attentes du C. A.	3
Autres	1
SOUS-TOTAL	**20**
COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ	
Participation au Comité de vigilance et de la qualité	45
SOUS-TOTAL	**45**

:: TABLEAU 12 (SUITE)

SOMMAIRE DES AUTRES ACTIVITÉS DES COMMISSAIRES (CL)

	NOMBRE
COLLABORATION AU FONCTIONNEMENT DU RÉGIME	
Collaboration à l'évolution du régime d'examen des plaintes	21
Collaboration avec les comités des usagers/résidents	29
Soutien aux commissaires locaux	47
Autres	11
SOUS-TOTAL	108
TOTAL	279

Les commissaires locaux ont principalement été impliqués dans des activités portant sur le fonctionnement du régime d'examen des plaintes (108) et sur la promotion ou l'information (106), plus spécifiquement reliées aux droits et obligations des usagers (57/106). Les commissaires locaux ont également participé à 45 rencontres avec les comités de vigilance et de la qualité et 20 rencontres avec les C. A. de leur établissement respectif.

6

Chapitre 6
RAPPORT D'ACTIVITÉS – MÉDECINS EXAMINATEURS

6.1 ÉVOLUTION DES DOSSIERS 2011-2014

CETTE SECTION PRÉSENTE UNE VUE D'ENSEMBLE DES RÉSULTATS ATTEINTS SUR L'ÉVOLUTION DES DOSSIERS DE PLAINTE, TRAITÉS PAR LES MÉDECINS EXAMINATEURS, AU COURS DES TROIS DERNIERS EXERCICES, SOIT ENTRE 2011-2012, 2012-2013 ET 2013-2014.

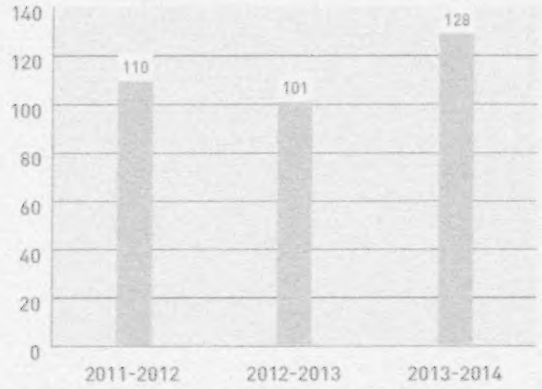
6.1.1 DOSSIERS DE PLAINTE OUVERTS

:: AUGMENTATION DE 16 %

Au cours des trois dernières années, les résultats atteints reflètent une tendance à la hausse de 16 % (128/110), entre 2011-2012 et 2013-2014, malgré une variation observée d'une année à l'autre (graphique 11). En effet, le nombre total de dossiers de plainte ouverts a varié, présentant une diminution de 8 % (101/110) entre 2011-2012 et 2012-2013 et une augmentation de 27 % (128/101), en 2013-2014, comparativement à l'année précédente.

:: GRAPHIQUE 11

ÉVOLUTION DES DOSSIERS DE PLAINTE OUVERTS (ME)



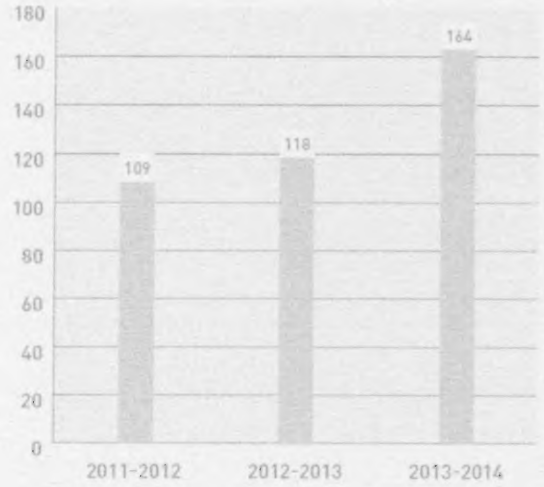
6.1.2 MOTIFS D'INSATISFACTION

:: AUGMENTATION DE 50 %

Le nombre de motifs d'insatisfaction formulés a augmenté de 50 % (164/109) au cours des trois dernières années (graphique 12). Entre 2011-2012 et 2012-2013, le nombre de motifs a augmenté de 8 % (118/109) tandis que la variation a été plus marquée entre 2012-2013 et 2013-2014 soit, 39 % (164/118).

:: GRAPHIQUE 12

ÉVOLUTION DES MOTIFS D'INSATISFACTION (ME)



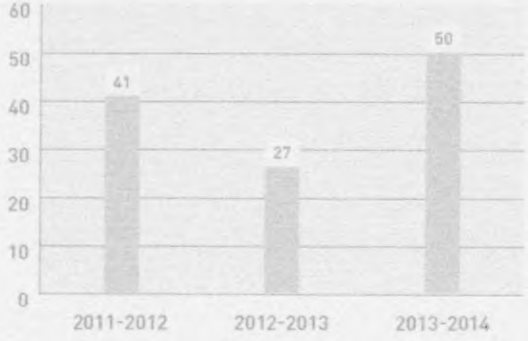
6.1.3 MESURES CORRECTIVES

:: AUGMENTATION DE 22 %

Le nombre de mesures correctives a suivi une tendance à la hausse malgré une variation observée au cours des trois dernières années (graphique 13).

:: GRAPHIQUE 13

ÉVOLUTION DES MESURES CORRECTIVES (ME)



Entre 2011-2012 et 2012-2013, le nombre de mesures correctives est passé de 41 à 27 soit, une diminution de 34 % (27/41). Toutefois, entre 2012-2013 et 2013-2014, le nombre de mesures correctives a augmenté de 85 % (50/27).

6.2 TRAITEMENT DES DOSSIERS 2013-2014

LA PROCHAINE SECTION PRÉSENTE LES RÉSULTATS DU TRAITEMENT DES DOSSIERS PAR LES MÉDECINS EXAMINATEURS DE LA RÉGION DE L'ESTRIE, AU COURS DE L'ANNÉE 2013-2014, EN COMPARANT LES RÉSULTATS AVEC L'ANNÉE PRÉCÉDENTE (2012-2013).

En 2013-2014, 128 dossiers de plainte ont été ouverts, ce qui reflète une augmentation de 27 % (128/101) comparativement à l'année précédente (tableau 13). De plus, 131 dossiers ont été conclus en 2013-2014, soit 28 % (131/102) de plus qu'en 2012-2013.

La proportion de dossiers de plainte conclus, à l'intérieur du délai de 45 jours prévu dans la loi, a augmenté de 13 % au cours de la dernière année, ce qui signifie que le délai de traitement des dossiers a diminué. En fin d'exercice, 10 dossiers ont été soumis à l'analyse par les comités de révision des établissements, comparativement à 3 dossiers en 2012-2013 et 4 dossiers ont été soumis au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) à des fins disciplinaires, comparativement à deux dossiers l'année précédente.

:: TABLEAU 13

TRAITEMENT DES DOSSIERS DE PLAINTE (ME)

	2013-2014	2012-2013	PROPORTION
	A	B	A / B
DOSSIERS OUVERTS			
Plaintes	128	101	1,27
DOSSIERS CONCLUS			
Plaintes	131	102	1,28
CARACTÉRISTIQUES			
Plaintes traitées dans les délais (45 jours)	69 %	61 %	1,13
Dossiers de plainte transmis au deuxième palier	10	3	3,33
Dossiers de plainte transmis au CMDP à des fins disciplinaires	4	2	2,00

6.3 DOSSIERS DE PLAINTE

LA SECTION SUIVANTE PRÉSENTE LES RÉSULTATS DÉTAILLÉS DU TRAITEMENT DES DOSSIERS DE PLAINTE, PAR LES MÉDECINS EXAMINATEURS, AU COURS DE L'ANNÉE 2013-2014, EN COMPARANT CES RÉSULTATS AVEC L'ANNÉE PRÉCÉDENTE (2012-2013). PLUS SPÉCIFIQUEMENT, CETTE SECTION PRÉSENTE LES RÉSULTATS POUR LES MOTIFS D'INSATISFACTION, LES NIVEAUX DE TRAITEMENT, LES TYPES DE MESURES RECOMMANDÉES ET LES CATÉGORIES DE MOTIFS DES DOSSIERS SOUMIS AU COMITÉ DE RÉVISION (DEUXIÈME PALIER).

6.3.1 MOTIFS D'INSATISFACTION

:: AUGMENTATION DE 39 %

Le nombre total de motifs d'insatisfaction formulés en 2013-2014 a augmenté de 39 % (164/118) comparativement à 2012-2013 (tableau 14).

:: TABLEAU 14

DOSSIERS DE PLAINTE SELON LES CATÉGORIES DE MOTIFS (ME)

CATÉGORIES DE MOTIFS	2013-2014	2012-2013	PROPORTION
	A	B	A / B
Accessibilité	3	9	0,33
Aspect financier	2	0	2,00
Droits particuliers	11	4	2,75
Organisation du milieu et ressources matérielles	5	0	5,00
Relations interpersonnelles	47	42	1,12
Soins et services dispensés	**96**	63	1,52
(Compétences techniques et professionnelles)	(47)	(37)	(1,27)
TOTAL	**164**	**118**	**1,39**

En majorité, les motifs d'insatisfaction les plus fréquents portent sur les soins et les services dispensés (96) soit, une augmentation de 52 % (96/63) comparé à 2012-2013. Plus spécifiquement, 49 % (47/96) des motifs d'insatisfaction de cette catégorie portent sur les compétences techniques et professionnelles, soit une augmentation de 27 % (47/37) comparativement à l'année précédente.

6.3.2 NIVEAUX DE TRAITEMENT

Parmi l'ensemble des motifs soumis pour examen, le traitement n'a pas été complété pour 13 % (22/164) des motifs, ce qui correspond à une augmentation de 47 % (22/15) comparativement à 2012-2013 (tableau 15). La raison principale pour laquelle le traitement n'a pas été complété est que les motifs ont été rejetés sur examen sommaire à 45 % (10/22).

Le traitement de 142 motifs a été complété, soit une augmentation de 38 % (142/103) comparé au résultat atteint en 2012-2013. Parmi les motifs dont le traitement a été complété, 32 % (46/142) ont généré des mesures correctives.

:: TABLEAU 15

MOTIFS CONCLUS SELON LES CATÉGORIES ET LE NIVEAU DE TRAITEMENT (ME)

		DOSSIERS DE PLAINTE NIVEAUX DE TRAITEMENT								
		Traitement non complété					Traitement complété			
CATÉGORIES DE MOTIFS		Abandonné par l'usager	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	SOUS-TOTAL	Avec mesure	Sans mesure	SOUS-TOTAL	TOTAL
Accessibilité		0	0	0	0	0	1	2	3	3
Aspect financier		0	0	0	0	0	1	1	2	2
Droits particuliers		0	0	0	1	1	2	8	10	11
Organisation du milieu et ressources matérielles		0	0	0	0	0	3	2	5	5
Relations interpersonnelles		4	0	1	3	8	20	19	39	47
Soins et services dispensés		3	2	2	6	13	19	64	83	96
TOTAL	C	7	2	3	10	**22**	46	96	**142**	**164**
POURCENTAGE						13 %			87 %	
2012-2013	D					**15**			**103**	**118**
PROPORTION	C/D					1,47			1,38	

6.3.3 TYPES DE MESURES CORRECTIVES

:: AUGMENTATION DE 85 %

Le nombre total de mesures correctives recommandées, en 2013-2014, a augmenté de 85 % (50/27) comparativement à 2012-2013 (tableau 16). Les mesures correctives à portée individuelle correspondent à 66 % de l'ensemble des mesures recommandées (33/50). Ce résultat reflète une augmentation de 74 % (33/19) comparativement à l'année précédente. Le nombre de mesures à portée systémique a plus que doublé (17/8) par rapport à 2012-2013.

Le plus grand nombre de mesures correctives à portée individuelle vise l'information ou la sensibilisation d'un intervenant ou d'une intervenante (20/33). Les mesures à portée systémique sont variées, mais le tiers (5/17) vise l'ajustement des activités professionnelles.

:: TABLEAU 16

TYPES DE MESURES CORRECTIVES SELON LES CATÉGORIES DE MOTIFS (ME)

	DOSSIERS DE PLAINTE										
	CATÉGORIES DE MOTIFS										
TYPES DE MESURES CORRECTIVES	Accessibilité	Aspect financier	Droits particuliers	Organisation du milieu et ressources matérielles	Relations interpersonnelles	Soins et services dispensés	Autres	TOTAL	POURCENTAGE	2012-2013	PROPORTION
À PORTÉE INDIVIDUELLE								A		B	A/B
Ajustement professionnel	0	0	0	0	1	2	0	3			
Amélioration des communications	0	1	0	0	2	2	0	5			
Changement d'intervenant	1	0	0	0	0	0	0	1			
Encadrement de l'intervenant	0	0	0	0	1	1	0	2			
Évaluation ou réévaluation des besoins	0	0	0	0	0	1	0	1			
Information / sensibilisation d'un intervenant	0	0	0	0	14	6	0	**20**			
Autres	0	0	0	0	1	0	0	1			
SOUS -TOTAL	1	1	0	0	19	12	0	**33**	66 %	19	**1,74**
À PORTÉE SYSTÉMATIQUE								A		B	A/B
Ajustement des activités professionnelles	0	0	1	0	0	4	0	**5**			
Élaboration / révision / application	0	0	0	0	0	1	0	1			
Information et sensibilisation des intervenants	0	0	1	1	0	1	0	3			
Ajustement technique et matériel	0	0	0	0	0	1	0	1			
Politique et règlements	0	0	0	2	0	1	0	3			
Protocole clinique ou administratif	0	0	0	0	3	1	0	4			
SOUS -TOTAL	0	0	2	3	3	9	0	**17**	34 %	8	**2,13**
TOTAL	**1**	**1**	**2**	**3**	**22**	**21**	**0**	**50**		**27**	**1,85**

6.3.4 DOSSIERS AU DEUXIÈME PALIER (COMITÉ DE RÉVISION)

Parmi les dossiers traités par les médecins examinateurs au cours de l'exercice 2013-2014, 10 d'entre eux ont fait l'objet d'une analyse par un comité de révision (tableau 17). Ce résultat a triplé comparé à l'année précédente.

Les motifs des dossiers faisant l'objet d'une analyse par les comités de révision portent principalement sur les soins et services dispensés (7) et plus spécifiquement sur les compétences techniques et professionnelles (4).

:: TABLEAU 17

CATÉGORIES DE MOTIFS DES DOSSIERS CONCLUS TRANSMIS AU DEUXIÈME PALIER (ME)

	DOSSIERS CONCLUS		
CATÉGORIES DE MOTIFS	2013-2014	2012-2013	PROPORTION
	A	B	A / B
Accessibilité	0	0	0,0
Aspect financier	2	0	2,0
Droits particuliers	0	1	0,0
Organisation du milieu et ressources matérielles	0	0	0,0
Relations interpersonnelles	1	1	1,0
Soins et services dispensés	**7**	1	7,0
(Compétences techniques et professionnelles)	(4)	(1)	(4,0)
TOTAL	**10**	**3**	**3,33**

Les comités de révision ont recommandé 6 mesures correctives, dont 4 à portée individuelle et 2 à portée systémique, visant à adapter les soins et les services par l'ajustement professionnel et l'amélioration des communications.

7

Chapitre 7
DROITS DES USAGERS – COLLABORATIONS ESSENTIELLES

7.1 COLLABORATION ET PARTENARIAT

:: COMITÉS DES USAGERS ET DE RÉSIDENTS

On ne peut passer sous silence la contribution indéniable des membres des comités des usagers et de résidents dans la promotion et le respect des droits des usagers. Ces personnes sont des sources de référence pour d'autres usagers et usagères qui utilisent les services des établissements du réseau, en plus de contribuer au soutien d'activités planifiées dans les établissements, afin de promouvoir les droits des usagers. Leur contribution est également appréciée dans l'organisation d'activités pendant la semaine de promotion des droits des usagers et lors de l'organisation des colloques régionaux bisannuels. Notons tout particulièrement la participation, aux activités du Comité régional de promotion des droits des usagers, des personnes représentant le comité des usagers du Centre de réadaptation Estrie, du Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke et du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

:: PARTENAIRES COMMUNAUTAIRES

La promotion, la défense et le respect des droits des usagers, ainsi que l'assistance et l'accompagnement, s'appuient sur la contribution essentielle de partenaires communautaires, soit Pro-Def Estrie et le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes de l'Estrie. Ces organismes offrent des services aux personnes ayant besoin d'être assistées et accompagnées pour défendre leurs droits ou pour porter plainte. De plus, leur contribution est tangible en tant que membres du Comité régional de promotion des droits des usagers ainsi que dans l'élaboration et l'organisation des activités prévues dans les différents plans d'action visant à promouvoir les droits des usagers.

:: COMITÉ RÉGIONAL DE PROMOTION DES DROITS DES USAGERS

HISTORIQUE

En lien avec les priorités régionales, l'Agence s'est engagée, en 2007-2008, à développer des mécanismes de protection, de promotion et de défense des droits des usagers. Pour actualiser cet engagement, un comité régional a été mis sur pied, dont le mandat était de produire et de mettre en œuvre des plans d'action intégrés visant à promouvoir les droits des usagers.

Ce comité était composé de personnes représentant les comités des usagers, le Forum de la population, les organismes communautaires, de commissaires aux plaintes et à la qualité des services et le Service de la performance, de la qualité et des communications de l'Agence. Depuis l'amorce des travaux du Comité, deux plans d'action ont été réalisés et un troisième est en cours.

POURSUITE DES ACTIONS DU COMITÉ

Les activités du Comité se sont poursuivies et un nouveau plan d'action (2013-2015) a été adopté, ayant pour but d'assurer la pérennité des actions concertées de promotion des droits des usagers et la reconnaissance des responsabilités partagées. Les deux objectifs poursuivis étaient :

- de promouvoir les droits des usagers;
- de favoriser une compréhension commune des droits des usagers et des responsabilités partagées.

Diverses actions ont été réalisées, ou sont en voie de l'être, pour atteindre ces objectifs. Notamment, du nouveau matériel promotionnel a été produit, au cours de l'année 2013-2014, sous la forme d'un signet, présentant d'un côté, le visuel régional de la fleur des droits et de l'autre, la liste des droits regroupés. Ces signets ont été distribués avec la collaboration des comités des usagers, de membres du personnel des établissements et du Comité régional de promotion des droits des usagers. Une version anglophone du signet a été produite et distribuée à la population d'expression anglaise, avec la collaboration de l'Association des Townshippers de l'Estrie. De plus, les établissements et les organismes de la région ont organisé diverses activités de sensibilisation lors de la Semaine régionale de promotion des droits des usagers qui s'est tenue au mois d'octobre 2013. Finalement, la planification du prochain colloque, prévu au mois d'octobre 2014, a été amorcée avec la collaboration de membres d'un comité sur la qualité des soins et services. La programmation de cette aventure conjointe mettra de l'avant l'interrelation entourant la qualité des services et les droits des usagers, dans une perspective de responsabilités partagées.

LISTE DES DROITS DES USAGERS

- Droit d'être traité avec équité, courtoisie et compréhension
- Droit d'être accompagné ou représenté
- Droit de participer aux décisions, de consentir ou de refuser les soins
- Droit de recevoir des services adéquats, sécuritaires et personnalisés
- Droit d'être informé
- Droit d'avoir accès à son dossier, lequel est confidentiel
- Droit de porter plainte
- Droit de recevoir des services en anglais

VISUEL PROMOTIONNEL

- Représentation symbolique de 8 droits d'importance équivalente.
- Amalgame de 8 parties reliées par un point central représentant l'usager et l'usagère, puisque c'est l'usager et l'usagère la raison d'être du service.
- La rondeur des pétales représente la vulnérabilité et l'aspect humain de l'usager et de l'usagère.
- Le violet est une couleur rare à l'état naturel, puisqu'il s'agit d'une combinaison du rouge et du bleu. La plupart des pigments violets sont donc des produits de synthèse, qui représentent bien l'amalgame des droits qui, ensemble, représentent les droits des usagers.

L'usager
AU COEUR
DE SES DROITS

- Pour faire une distinction avec l'ensemble des outils promotionnels dans le domaine de la santé, en général, qui sont pour la plupart de couleur bleu, le violet est utilisé comme couleur centriste et distinctive, donc sera plus attirant pour l'usager et l'usagère.
- La diminution de la densité de chaque pétale permet de mettre l'accent sur la variété des 8 droits, certes d'importance équivalente, mais de nature différente.

:: AUTRES COLLABORATEURS

Pour réaliser les activités prévues dans les plans d'action, la participation d'autres collaborateurs est essentielle. Notons en particulier les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services, les administrateurs, les administratrices, les gestionnaires des établissements de l'Estrie, les membres des comités des usagers et de résidents, une personne représentant le Forum de la population ainsi que le personnel concerné de l'Agence.

Soulignons tout particulièrement la participation, le soutien et le dynamisme de l'équipe des communications de l'Agence, dans la production du matériel promotionnel et dans l'organisation des événements régionaux. C'est grâce aux services de cette équipe que la région de l'Estrie s'est dotée d'une image visuelle qui centre l'usager et l'usagère au cœur de ses droits.

Soulignons également l'engagement de la direction de l'Agence à soutenir les activités des membres du comité régional dans l'actualisation des plans d'action. Ce soutien est essentiel dans la poursuite des buts communs visant à assurer le respect des droits des usagers ou usagères et la promotion des responsabilités partagées.

Enfin, il faut également souligner le soutien des membres de la Table régionale qualité qui a la responsabilité de superviser les activités du comité régional. La contribution des membres se manifeste par leur engagement à soutenir les réalisations d'activités dans leur propre milieu de travail et à participer aux activités planifiées par le comité régional.

Sans la contribution de ces partenaires et collaborateurs, la reconnaissance et le respect des droits des usagers auprès de la population estrienne seraient restreints et ne produiraient pas les résultats souhaités, soit l'amélioration de la qualité des services et le respect des droits des usagers par le biais de la sensibilisation aux responsabilités partagées, des usagers, des usagères et des dispensateurs de services.

8

Chapitre 8
RECOMMANDATIONS À CARACTÈRE SYSTÉMIQUE

8.1 PROCESSUS DE SUIVI DES RECOMMANDATIONS

Au cours des dernières années, le commissaire régional a formulé diverses recommandations à caractère systémique dans le but d'améliorer la qualité des services pour l'ensemble des usagers et des usagères. Un processus de suivi du niveau de réalisation de ces recommandations a été instauré, au cours de l'année 2011-2012, afin d'obtenir des informations sur les actions réalisées par les différentes instances concernées.

8.2 BILAN DU NIVEAU DE RÉALISATION DES RECOMMANDATIONS

Le bilan reprend chaque recommandation formulée, selon les instances concernées, et présente un résumé des principales actions réalisées au cours de la dernière année (2013-2014). Les instances concernées ont estimé le niveau de réalisation des recommandations qui les concernaient. Le résultat indiqué a été déterminé en calculant la moyenne des niveaux de réalisation estimés par chaque instance. Les recommandations réalisées à 100 % ne sont pas incluses dans le bilan annuel.

RÉSIDENCES PRIVÉES POUR AÎNÉS

RECOMMANDATIONS 2010-2011	Niveau de réalisation
Il est recommandé aux résidences privées pour aînés, offrant des services d'assistance personnelle, de faire appel aux collaborateurs, soit les CSSS de leur territoire, la Société Alzheimer de l'Estrie et, au besoin, les organisations spécialisées de la région, pour offrir à leur personnel un complément à leur formation de base portant sur la détection précoce des signes précurseurs de problèmes cognitifs ou associés. *Par la même occasion, le commissaire régional invite les CSSS de l'Estrie à développer ou à maintenir un partenariat étroit avec la Société Alzheimer de l'Estrie et avec les résidences de leur réseau local dans la réalisation de ces activités et à soutenir le maintien des habiletés du personnel des résidences dans ce domaine.*	**SUIVI CESSÉ**

PRINCIPALES RÉALISATIONS (2013-2014)

Le suivi du niveau de réalisation de cette recommandation a été cessé en cours d'année en raison de la nouvelle règlementation, entrée en vigueur au mois de mars 2013, portant sur les conditions à respecter pour obtenir ou maintenir un certificat de conformité pour les RPA. En effet, les préposées et préposés travaillant dans les RPA devront suivre une formation obligatoire de base dont une partie du contenu porte spécifiquement sur les problèmes cognitifs. Le contenu de cette formation rejoint la préoccupation énoncée dans la recommandation et permettra d'atteindre les objectifs visés au départ.

CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

RECOMMANDATIONS 2009-2010	Niveau de réalisation
Il est recommandé que l'offre de service du réseau de la santé et des services sociaux de la région (CSSS et CHUS) prévoit : • *un mécanisme de suivi de la mise en œuvre des protocoles de collaboration avec les partenaires concernés dans les domaines de la santé mentale et des crises et catastrophes;* • *la publication de l'information à jour sur les services disponibles du réseau de la santé et des services sociaux;* • *que les centres de santé et de services sociaux continuent de porter une attention particulière à la mobilisation et l'implication de leurs partenaires locaux et régionaux aux fins de desservir de façon continue et complémentaire la population de l'Estrie.*	**89 % (2013-2014)** 89 % (2012-2013)

PRINCIPALES RÉALISATIONS (2013-2014)

- Mise sur pied d'un comité de partenaires sur l'intervention de crise (Loi P-38) et élaboration d'un protocole d'entente.
- Travaux amorcés sur l'élaboration d'un protocole d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (P 38).
- Participation au comité de coordination avec la municipalité en situation de sinistre.

- Rencontre de concertation régulière avec les partenaires de deuxième ligne concernant l'arrimage des services et la gestion des dossiers complexes.
- Plan d'action pour chacun des comités de coordination des réseaux locaux de services (RLS) : dépendance, santé mentale et prévention du suicide.
- Réalisation d'ententes de services écrites avec les partenaires locaux.
- Formation ministérielle offerte de façon continue auprès des différents professionnels des équipes services communautaires et aux partenaires du RLS.
- Matériel promotionnel distribué dans toutes les résidences de la municipalité régionale de comté (MRC).
- Participation active au comité de travail régional sur le suivi étroit.
- Publicité dans le bottin téléphonique régional indiquant tous les numéros des partenaires.
- Formation offerte au personnel de la courte durée, de santé courant et maladies chroniques.
- Participation active aux tables de concertation jeunesse et santé mentale permettant la mobilisation et l'implication des partenaires locaux et régionaux.

RECOMMANDATIONS 2008-2009	Niveau de réalisation
Il est recommandé que les CSSS continuent leurs efforts pour trouver un médecin de famille pour toutes les clientèles vulnérables nécessitant une prise en charge médicale et un suivi et sans médecin de famille.	**94 % (2013-2014)** 89 % (2012-2013)

PRINCIPALES RÉALISATIONS (2013-2014)

- Élaboration d'un projet sur la « responsabilité populationnelle », en collaboration avec les partenaires concernés.
- Guichet d'accès fonctionnel et transfert de toutes les inscriptions d'usagers et d'usagères au système d'information.
- Augmentation de la prise en charge des patients et des patientes.
- Élaboration d'une vidéo promotionnelle pour favoriser l'attractivité des médecins.
- Ajout de ressources infirmières afin d'assurer l'évaluation de l'état de santé de la clientèle.

Il est recommandé que les usagers et les usagères puissent avoir accès davantage à des services de santé dispensés par des intervenants de première ligne : infirmière, infirmière consultante, infirmière clinicienne en CLSC et en groupe de médecine de famille (GMF), nutritionniste, diététiste et intervenante psychosociale.	**90 % (2013-2014)** 87 % (2012-2013)

PRINCIPALES RÉALISATIONS (2013-2014)

- Ajout de personnel et bonification de l'offre de service en GMF.
- Intégration d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS).
- Développement des services généraux ambulatoires volet première ligne : Ajout d'heures travaillées en réadaptation physique volet physiothérapie.
- Médecin intégré dans l'équipe de première ligne en santé mentale.
- Ajout d'une infirmière auxiliaire aux soins infirmiers courants.

- Ajout de personnel à l'accueil santé.
- Remplacement systématique des absences à l'accueil psychosocial.
- Élaboration d'un plan d'action, en collaboration avec les médecins de la région, pour répondre à une éventuelle épidémie de grippe ou de gastro-entérite.
- Évaluation des besoins des grands utilisateurs (de plus de 50 ans) des services de l'urgence et de la courte durée permettant d'identifier des actions pour améliorer les références vers la première ligne.
- Ajouts de ressources, gestion efficace de la charge de travail des intervenants et des intervenantes et actualisation des cadres de références régionaux afin de répondre aux attentes de corridors de services.
- Accréditation d'une clinique réseau et d'un nouveau GMF.

Il est recommandé que des mesures de collaboration entre les médecins de famille ainsi que les intervenants et les intervenantes en santé de première ligne soient consolidées et optimisées.

93 %
(2013-2014)
83 %
(2012-2013)

PRINCIPALES RÉALISATIONS (2013-2014)

- Mise en place d'une clinique de suivi de grossesse en GMF.
- Suivi de grossesse en partenariat avec les médecins, les infirmières praticiennes spécialisées et les infirmiers praticiens spécialisés.
- Première visite de grossesse effectuée par une infirmière.
- Évaluation des besoins de la clientèle effectuée par une infirmière ou un infirmier et références aux divers programmes-services.
- Déploiement d'une fiche de continuité interprofessionnelle aux soins infirmiers courants.
- Projet pilote avec un GMF pour la clientèle orpheline et la trajectoire de services pour les femmes enceintes.
- Présence d'intervenants et d'intervenantes de l'accueil psychosocial en GMF.
- Orientation, au guichet d'accès, des demandes de consultation psychiatrique des médecins de famille.
- Arrimage avec les médecins en GMF lors de l'application des cadres de références régionaux.
- Rôles et responsabilités de nos infirmières et infirmiers en GMF bonifiés.
- Mise en place d'un réseau d'accès intégré avec un médecin de famille.
- Surveillance du fonctionnement des liens entre les services du CSSS et les médecins de famille.

Il est recommandé que soient développées la concertation et la coordination des activités cliniques et organisationnelles par des modèles novateurs de pratique en groupe interdisciplinaire et en réseau.

86 %
(2013-2014)
82 %
(2012-2013)

PRINCIPALES RÉALISATIONS (2013-2014)

- Suivi du cadre de référence du réseau local de services.
- Table de gouvernance et tables réseaux par groupes d'âge en place.

- Mise en place d'une clinique de contraception et des infections transmissibles sexuellement et par le sang.
- Mise en place d'une clinique d'évaluation et de suivi pour les personnes souffrant de troubles de déficit d'attention et d'hyperactivité.
- Ajout d'heures en réadaptation physique en GMF.
- Examens médicaux périodiques, pour les personnes en bonne santé, réalisés par les infirmières et les infirmiers en GMF.
- Informatisation de données dans le système.
- Ajouts de ressources infirmières pour mettre à jour l'ensemble des dossiers de demande de médecins de famille.
- Implantation d'une clinique réseau, dédiée majoritairement à la clientèle orpheline, avec des corridors de services pour le mécanisme d'accès au médecin de famille.
- Augmentation du nombre de consultations faites à la clinique réseau et diminution progressive du nombre de personnes inscrites en GMF et consultant à la clinique réseau.
- Ajout de ressources professionnelles au sein des GMF.
- Mise en œuvre d'ordonnances collectives pour augmenter l'accessibilité aux soins médicaux.

RECOMMANDATIONS 2007-2008	Niveau de réalisation
Il est recommandé aux CSSS et au CHUS d'effectuer une utilisation judicieuse des services de l'urgence des hôpitaux en : • *Optimisant l'usage du transport ambulancier;* • *Développant l'offre de service en première ligne pour des soins médicaux et de services de santé généraux;* • *Améliorant l'organisation du retour à la maison pour assurer le suivi clinique des gens vus à l'urgence, principalement les clientèles vulnérables (liaison entre l'urgence et l'équipe de base).*	**91 % (2013-2014)** 91 % (2012-2013)

PRINCIPALES RÉALISATIONS (2013-2014)

- Développement d'un outil facilitant la communication entre les RPA et la salle d'urgence ainsi que la prise en charge et le retour à la résidence.
- Application d'un protocole d'entente avec les partenaires (incluant l'urgence) pour les situations de crise en santé mentale (Loi P-38).
- Travaux en cours sur le cheminement des usagers et des usagères.
- Transfert au secteur concerné des transfusions électives réalisées dans le secteur de l'urgence.
- Mise sur pied d'un « comité qualité à l'urgence ».
- Coordination avec le CHUS de la planification efficace des retours à domicile.
- Système de communication en place pour gérer les débordements au CHUS.
- Comité de coordination en place pour soutenir les activités de collaboration.

ÉTABLISSEMENTS DE L'ESTRIE

RECOMMANDATIONS 2009-2010	Niveau de réalisation
Il est recommandé: • *que le personnel ait accès aux mesures de soutien administratif et d'encadrement clinique nécessaires afin de mieux répondre aux besoins des usagers et des usagères dans la dispensation des services.* • *que les activités de formation dédiées au personnel du réseau prévoient le développement des connaissances et des habiletés sur les thèmes :* o *de l'écoute des besoins* o *du respect des droits* o *de l'information clinique* o *de la gestion des comportements violents des usagers et des usagères.*	**90 %** **(2013-2014)** 76 % (2012-2013)

PRINCIPALES RÉALISATIONS (2013-2014)

- Activités de formation recensées visant principalement le développement des compétences cliniques des équipes soignantes et des professionnels de la santé.
- Activités de formation portant sur la prévention de la violence en milieu de travail.
- Activités de développement des compétences pour le personnel travaillant auprès de la clientèle présentant des syndromes comportementaux et problématiques de la démence.
- Une démarche réalisée aux services des urgences pour habiliter le personnel à faire face aux comportements violents des patients et des patientes (ateliers d'échanges; affiches pour les salles d'attente; l'élaboration d'un algorithme décisionnel concernant les soins aux patientes et aux patients violents ou agressifs; « politique favorisant un climat de travail sain : prévenir et contrer le harcèlement et la violence au travail »).
- Adoption d'un modèle d'encadrement et de soutien aux pratiques.
- Diffusion d'une procédure sur la gestion des comportements violents.
- Réalisation et diffusion d'un guide d'accompagnement à la décision visant à maintenir des relations harmonieuses avec toute clientèle.
- Déploiement d'un projet sur les troubles graves du comportement en ressources d'hébergement, à l'aide d'un chien Mira.
- Formations, rencontres d'échange et de soutien au personnel travaillant auprès de la clientèle présentant des troubles graves du comportement.
- Formations auprès du personnel portant sur les comportements perturbateurs et la relation d'être.
- Activités sur les droits des usagers et conférence portant sur le thème « Faire équipe avec le patient ».
- Production d'un outil sur la manière d'intégrer l'expérience patient dans les soins et services au quotidien.
- Révision du Code, adoption d'une charte des attitudes et comportements.
- Poursuite de la formation du personnel sur l'approche sécuritaire.
- Soutien au comité des usagers dans ses activités de promotion.
- Consultation du comité des usagers favorisant une gestion participative.

RECOMMANDATIONS 2007-2008	Niveau de réalisation
Il est recommandé de valoriser la confidentialité des services à la clientèle en impliquant le personnel dans la mise à jour, la diffusion et la mise en place d'un code d'éthique dans chaque établissement.	**98 % (2013-2014)** 87 % (2012-2013)

PRINCIPALES RÉALISATIONS (2013-2014)

- Documents pertinents présentés lors du programme d'accueil organisationnel et dans le Guide d'accueil du nouvel employé (code d'éthique; notions de confidentialité et règles d'accès aux dossiers médicaux; formulaire d'engagement à la confidentialité; l'expérience patient, le rôle du comité des usagers et de la commissaire locale aux plaintes et la qualité des services).
- Révision ou mise à jour du Code d'éthique après consultation des équipes; disponibilité dans les points de services et sur le site Web.
- Mise à jour d'un code de conduite; présentation et diffusion au personnel.
- Guide d'éthique inclus dans les pochettes des nouveaux employés et des nouveaux résidents et disponible à l'accueil.
- Valeurs organisationnelles intégrées dans la planification stratégique et largement diffusées.

Il est recommandé de développer les mécanismes de continuité de services par des ententes de collaboration explicites signées par tous les partenaires concernés, tel que prévu dans la démarche du projet clinique.	**97 % (2013-2014)** 95 % (2012-2013)

PRINCIPALES RÉALISATIONS (2013-2014)

- Ententes à signer avec un psychiatre répondant et avec une pharmacie.
- Entente de collaboration de formation pour la clientèle présentant une double problématique.
- Regroupement d'ententes de collaboration.
- Développement ou renouvellement d'ententes avec les partenaires concernés.

Il est recommandé de former le personnel aux nouvelles technologies et méthodes de soins afin d'améliorer la dispensation des services en regard des plaintes examinées.	**93 %* (2013-2014)** 94 % (2012-2013)

* **Explication du pourcentage de réalisation : Le niveau de réalisation global a diminué en 2013-2014, comparativement à l'année précédente. Le résultat a été calculé à partir du nombre d'établissements ayant transmis leur bilan; ce nombre est supérieur à celui de l'année précédente.**

PRINCIPALES RÉALISATIONS (2013-2014)

- Programme annuel de formation structuré, selon les étapes franchies comme employé ou employée dans l'établissement : intégration à l'emploi, appropriation de la tâche et spécialisation.
- Programme d'intégration personnalisé à un service donné.
- Révision du processus clinique et élaboration d'outils cliniques standardisés.
- Mise en œuvre de quatre guides de pratiques.
- Mise à jour des contenus de la formation pour le nouveau personnel.
- Configuration d'une équipe de quatre employées et employés dédiés à l'application des meilleurs pratiques et à l'évaluation de la qualité.
- Révision et mise à jour de différents cadres de référence.
- Conception et déploiement d'un programme de formation en collaboration avec l'Université de Sherbrooke.

- Formation des spécialistes en activités cliniques pour animer l'interdisciplinarité et mettre en œuvre le soutien à la pratique spécialisée de manière à s'approprier et harmoniser notre pratique dans l'établissement.
- Implication dans différents programmes de recherche.
- Mise à jour des règles de soins, formations aux ressources non institutionnelles et au nouveau personnel.
- Formations à l'embauche et «coaching» par des conseillères cliniques.
- Plan d'action en cours (volet hébergement) sur la réduction et l'utilisation sécuritaire des mesures de contention.
- Ajout de deux infirmières cadres conseil en soutien clinique à l'ensemble du personnel des soins infirmiers de l'organisation.
- Méthodes de soins provinciales et Info-Santé Web disponibles à l'ensemble du personnel clinique.

Il est recommandé de supporter la mobilisation du personnel par des modes de gestion mobilisateurs afin d'améliorer la qualité de la relation entre la clientèle, le personnel ainsi que les médecins des établissements.

92 %
(2013-2014)
87 %
(2012-2013)

PRINCIPALES RÉALISATIONS (2013-2014)

- Dans le plan d'organisation, définition de la mission, de la vision, des valeurs, du principe d'action, de la philosophie d'intervention et de gestion.
- Implantation d'une approche d'humanisation des services et adoption d'une politique de recherche continue de la qualité de nos services.
- Démarche d'exercice du leadership du personnel cadre en cours.
- Processus continu de consultation du personnel.
- Formation spécifique en santé mentale, sur le plan thérapeutique infirmier.
- Soutien clinique individuel renforcé.
- Implication du personnel dans la révision de l'organisation du travail aux soins infirmiers courants.
- Concertation au sein de la Table médicale territoriale afin de soutenir l'implantation de modalités d'organisation des rendez-vous améliorant l'accessibilité.
- Augmentation du nombre de postes de médecins de famille et dotation de tous les postes disponibles.
- Déploiement de plusieurs ordonnances collectives.
- Renouvellement de la certification Entreprise en santé.
- Favoriser l'implantation de l'approche « expérience-client ».
- Les outils de mobilisation de l'agrément sont en consultation continue sur l'intranet.
- Plan d'action en cours pour prioriser les actions visant la satisfaction du personnel.
- Réaménagement d'un local réservé au personnel propice au repos.
- Suivi des indicateurs des projets LEAN permettant de maintenir la mobilisation du personnel.
- Envoi des plans de services individualisés au médecin de famille en soutien à domicile.
- Réponses aux questionnements de la clientèle sur le site Internet.

Conclusion

Les activités réalisées au cours de l'exercice 2013-2014, dans le cadre de l'application du régime d'examen des plaintes, nous permettent d'identifier des zones particulièrement vulnérables de notre système de santé et de services sociaux, qui nécessitent des améliorations :

- l'organisation du milieu et des ressources matérielles;
- les soins et les services dispensés.

Ces zones de vulnérabilité nécessitent des efforts soutenus de la part de toutes les personnes impliquées pour adapter les soins et les services dans tous les secteurs d'activités. Ces améliorations doivent se poursuivre par :

- l'adoption ou l'application de politiques et de règlements;
- l'adaptation des soins et des services au niveau de l'encadrement et de la sensibilisation des intervenants et des intervenantes ou du personnel professionnel.

Nous souhaitons que tous les acteurs concernés dans la distribution de services aux usagers et aux usagères identifient des priorités d'actions locales tenant comptent des cibles à améliorer, permettant ainsi de poursuivre les améliorations souhaitées pour atteindre un niveau élevé de satisfaction de la clientèle, dans le cadre d'un processus d'amélioration continue.

Nous constatons toutefois que les administrateurs, les administratrices, les gestionnaires et l'ensemble du personnel concerné, tous impliqués dans l'organisation et la distribution des services auprès de la clientèle, démontrent un engagement à relever de tels défis. Cet engagement se constate en partie dans la nature du suivi accordé aux recommandations à caractère systémique formulées au cours des dernières années.

Par ailleurs, les actions réalisées, dans le passé, en matière de promotion des droits des usagers, ont contribué à éveiller le niveau de conscience des usagers et des usagères et de leurs proches. Par la même occasion, ces efforts continus ont sensibilisé tous les acteurs concernés sur la nécessité d'assurer le respect de ces droits et de s'engager dans un processus d'amélioration continue de la qualité des services. Cette conscientisation se constate, d'une part, par l'utilisation croissante des mécanismes prévus dans le régime d'examen des plaintes. D'autre part, les actions entreprises par les acteurs du réseau démontrent une préoccupation constante pour le respect des droits des usagers et l'amélioration de la qualité des services.

Ce n'est que par l'implication et la responsabilisation des usagers et des usagères et des dispensateurs de services que nous pourrons, ensemble, franchir les défis constants de l'amélioration de la qualité des services et le respect des droits des usagers actuels et futurs.

ANNEXE 1

MESURES D'AMÉLIORATION SELON LA CATÉGORIE D'INSTANCE ET LES MOTIFS D'INSATISFACTION

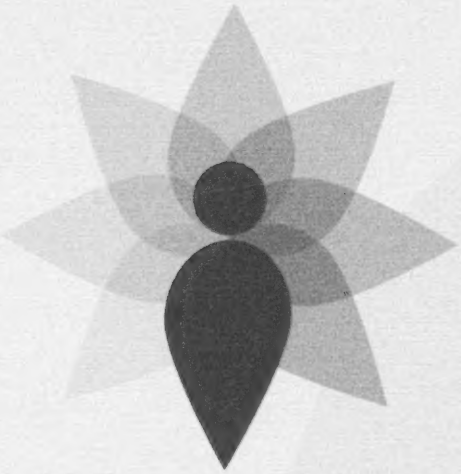
MOTIFS	CATÉGORIES DE MESURES	MESURES D'AMÉLIORATION
ORGANISMES COMMUNAUTAIRES - 1 DOSSIER - 1 MESURE		
Relations interpersonnelles	Autres	Rédiger une lettre d'excuse à l'usagère.
RÉSIDENCES PRIVÉES POUR AÎNÉS - 16 DOSSIERS - 27 MESURES		
Aspect financier	Ajustement financier	Rembourser la partie payée en trop pour le loyer.
	Amélioration des communications	Inscrire le nombre d'heures pendant lesquelles il y a une infirmière.
	Communication / promotion	Ajouter au Guide convalescence le coût chargé et préciser que tous les services sont inclus sans coût additionnel.
	Politiques et règlements	Respecter les balises du règlement portant sur la facturation des services.
	Protocole clinique ou administratif	Ajouter les nouveaux frais administratifs dans la documentation de la résidence.
Droits particuliers	Amélioration des mesures de sécurité et protection	Rendre disponible, à toutes les préposées, une clé du logement.
Organisation du milieu et ressources matérielles	Ajustement technique et matériel	Assurer le respect de la règlementation portant sur le système d'appel à l'aide, pour toutes les unités locatives de la résidence.
	Amélioration des mesures de sécurité et protection	Respecter les règles de la sécurité incendie concernant les portes coupe-feu.
		Changer l'utilisation de produits de nettoyage en aérosol.
		Appliquer une mesure corrective adéquate, en réponse à l'absence d'un système d'appel à l'aide dans la salle de toilette commune.
		Assurer le respect de la règlementation portant sur le système d'appel à l'aide, pour toutes les unités locatives de la résidence.
	Autres	Adapter la préparation des repas en tenant compte des problèmes de santé du résident.
		Réviser la préparation des repas afin de réduire la teneur en sucre dans les sauces et les viandes.
	Politiques et règlements	Afficher le menu sur une période de trois semaines.
		Afficher la grille d'activités pour le mois.
		Prévoir le temps suffisant à chaque repas pour éviter que les résidents se sentent pressés.

MOTIFS	CATÉGORIES DE MESURES	MESURES D'AMÉLIORATION
Organisation du milieu et ressources matérielles	Politiques et règlements	Appliquer une directive adéquate pour limiter le délai de réponse lorsqu'un membre du personnel est à l'extérieur de la résidence et qu'il est seul.
Relations interpersonnelles	Ajustement professionnel	Rencontrer la PAB pour lui rappeler l'application des règles et la sensibiliser au respect des résidents.
	Encadrement de l'intervenant	Rencontre administrative avec la TAP dans le but d'améliorer la qualité de ses interventions.
Soins et services dispensés	Ajustement professionnel	Cesser la surveillance lors de la distribution de médicaments.
	Amélioration des mesures de sécurité et protection	Mettre en place les moyens adéquats permettant d'assurer, en tout temps, la sécurité de la clientèle de la résidence.
	Autres	Produire une liste concise des critères d'admission et d'exclusion, à signer et à remettre aux membres de la famille.
	Élaboration / révision / application	Assurer la présence d'un membre du personnel pendant les séances d'exercices du programme Vie Active.
	Protocole clinique ou administratif	Rédiger une politique de divulgation des accidents.
		Instaurer une procédure pour que les préposées confirment avoir effectué les tournées de vérification, pour l'ensemble de la clientèle de la résidence et noter l'heure.
		Instaurer une procédure pour consigner les visites de vérification demandées auprès de la clientèle en convalescence.
		Produire un nouveau formulaire d'enregistrement des demandes de services de convalescence, incluant la gamme des services offerts.
RESSOURCES EN TOXICOMANIE OU EN JEU PATHOLOGIQUE - 2 DOSSIERS - 2 MESURES		
Droits particuliers	Ajustement financier	Rembourser les frais de séjour pour les services non reçus.
Relations interpersonnelles	Amélioration des communications	Réviser la méthode d'intervention de groupe du directeur général.

MOTIFS	CATÉGORIES DE MESURES	MESURES D'AMÉLIORATION
SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE - 2 DOSSIERS - 3 MESURES		
Droits particuliers	Encadrement des intervenants	Rappeler la consigne sur la nécessité d'informer les partenaires de tout changement dans l'heure prévue d'un transfert interétablissement.
Relations interpersonnelles	Amélioration des communications Ajustement professionnel	Planifier une rencontre de rétroaction avec le TAP et la direction des SPU.

ANNEXE 2
ÉTABLISSEMENTS DE L'ESTRIE ET COMMISSAIRES LOCAUX AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

ÉTABLISSEMENT	COMMISSAIRE LOCAL
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	**Madame Isabelle Duclos**
Centre de santé et de services sociaux du Val-Saint-François	**Madame Isabelle Duclos (par intérim)**
Centre de santé et de services sociaux de la MRC-de-Coaticook	**Madame Isabelle Duclos (par intérim)**
Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog	**Madame Isabelle Duclos (par intérim)**
Centre jeunesse de l'Estrie	**Monsieur Jean-Luc Gosselin**
Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie	
CRDITED de l'Estrie	
Centre de réadaptation Estrie	
Centre de santé et de services sociaux des Sources	
Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-François	
Centre d'hébergement et de soins de longue durée Vigi Shermont	**Madame Nicole Gariépy**
Centre de santé et de services sociaux du Granit	**Monsieur André Veilleux**
Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke	**Monsieur Germain Lambert**
Centre d'hébergement Champlain-de-la-Rose-Blanche	**Madame Hélène Poirier**
Centre d'hébergement et de soins de longue durée Wales	**Monsieur Denis Beaulieu**



L'usager

AU COEUR
DE SES DROITS